المكتبة النفسية

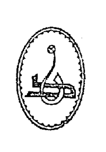
الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي - السلوكي



تأليف

د. محمد الحجار

دار النفائس



الوجيز في فن ممارسة
العلاج النفسي ـ السلوكي

بسم الله الرحمن الرحيم

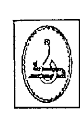
الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي ـ السلوكي

تأليف

الدكتور محمد الحجار

دكتوراه في علم النفس السريري (إكلينيكي) ـ أمريكا ـ
مجاز من البورد الأمريكي في علم النفس الطبي والطب النفسي ـ السلوكي
أستاذ محاضر سابق في جامعة دمشق وفي أكاديمية تأليف العربية للعلوم الأمنية، في الرياض

دار النفائس



دار النفائس

للطباعة والنشر والتوزيع

شـــارع فـردان ـ بنـاية الصـــباح

وصـفي الـدين ـ ص.ب 14/5152

فـاكـس : 861367 ـ هـاتـف : 803152

أو 810194 بيـروت ـ لبـــنان

DAR AN-NAFAÉS

Printing-Publishing-Distribution

verdun str. Saffi Aldeen Bldg.

P.o.Box 14/5152

Fax: 861367 - Tel. 803152 -

810194. Beirut - Lebanon

E-mail: nafaes@intracom.net.lb

الطبعة الأولى : 1420 هـ ـ 1999 م

هذا الكتاب

هذا الوجيز مستقى من مؤلفات العلامة الطبيب النفسي المعروف جوزيف ولبي الذي يُعدُّ واحداً من أبرز المبتدعين في العلاج النفسي السلوكي في العالم، والذي ابتكر ما يسمى بأسلوب «الإزالة المنهجية للحساسية» في علاج الرهاب والقلق والمخاوف المرضية على اختلاف أنواعها.

وقد عمدتُ إلى استخلاص أهم الأسس النظرية والتطبيقية والافتراضات التي ضمَّنها في مؤلفاته وتجاربه في ميدان العلاج السلوكي، وكتبتها في هذا الوجيز.

إن هذا الوجيز هو للباحث، والمعالج النفسي السلوكي ـ المعرفي، وللطالب في علم النفس، وللطبيب النفسي، ولجميع العاملين في ميدان الصحة النفسية المهنية، وللأستاذ المدرِّس في كليات الطب والتربية والعلوم النفسية، وللقارىء المثقف المهتم بالعلاج النفسي، وهو أيضاً لمن يلتمس العلاج النفسي بالتعليم الذاتي.

والله الموفق.

د. محمد الحجار



الفصل الأول

سمات العلاج النفسي السلوكي ومنابعه

هدف العلاج السلوكي هو إضعاف عادات السلوك المتكررة اللاتكيفية المتعلمة أو إزالتها. والسلوك اللاتكيفي (أو الاستجابة اللاتكيفية) يظهر رداً على منبه خاص. وتكون الاستجابات السلوكية حركية وانفعالية ومعرفية. وبذلك تصبح العادات السلوكية اللاتكيفية مخرّبة للعضوية ومؤذية.

يُعرَّف العلاج السلوكي بأنه: «استخدام الأسس التجريبية المثبتة والمُبرهن عليها، والقائمة على مبادىء التعلم بهدف إزالة الاستجابات اللاتكيفية أو إضعافها».

ومصطلح العلاج السلوكي الذي وضعه سكينر وليندزلي، تبناه هانس أيسنك (١٩٦٠) وأعطاه اسماً جديداً هو العلاج الإشراطي، إلا أن مصطلح العلاج السلوكي ظلَّ مستعملاً.

ومن الخطأ الاعتقاد أن العلاج المعرفي ليس بالعلاج السلوكي الحقيقي، ذلك لأن تبديل التفكير يترتب عليه تبديل العاطفة والسلوك.

تاريخ العلاج السلوكي

تاريخ العلاج السلوكي هو تاريخ العلاج النفسي ذاته. وكانت طرق

العلاج في العصور الغابرة تقوم على الخرافة والسحر والشعوذة الإيحائية، ثم أخذ مؤخراً صورته الموضوعية عندما قام على الأسس العلمية.

ويعتبر أنطون مسمر أول معالج نفسي مهم (١٧٧٩)، وهو طبيب أسترالي أقام في باريس. وقد انطلق من نظريته العلاجية في إزالة المرض النفسي من خلال ما أسماه بإعادة المغناطيسية الحيوانية إلى توازنها؛ فالفرد لديه مغناطيسية حيوانية متوازنة فإذا اختلت هذه المغناطيسية أصيب بالمرض النفسي.

ولاقت نظريته القائمة على الإيحاء النفسي رواجاً، إلا أنها أثارت نقاشاً وجدلاً كبيراً في الأوساط العلمية السائدة، فأدى ذلك إلى تشكيل لجنة لتقييم صحة هذا الافتراض العلاجي، واتهمته في تقريرها بالشعوذة. ورغم عدم صحة افتراضاته المتعلقة بالمغناطيسية الحيوانية، إلا أن أساليب التطبيق كانت صحيحة، لأنها اعتمدت على تأثير الإيحاء العلاجي الذي ثبتت فاعليته اليوم.

كان لدى المعالج في القرن التاسع عشر مبرراته المتعلقة بفوائد الدعم، والنصح، والإقناع، والإيحاء اللانوعي في مداخلاته العلاجية، ثم جاء فرويد، وقدَّم مجموعة افتراضات منطقية ومتماسكة في تعليل المرض النفسي، عُرفت باسم النظرية العلاجية التحليلية. وكان طرحه لافتراضاته المعللة للاضطراب العصابي مُقنعاً، فجذب الكثيرين إلى مدرسته التي سادت خلال هذا القرن، رغم إنه لم يقدم تجريبياً ما يثبت صحة افتراضاته. ورغم قصور نظريته، ووجود ثغرات كبيرة فيها، إلا أنه نجح في إثارة حقيقتين: أولاهما أنه وضع مسألة العُصابات النفسية في المقدمة، وثانيهما أنه جرَّد موضوع الجنس من إطاره الاجتماعي الأخلاقي.

ولكن بما أن نظريته لم تخضع للتجربة والبرهان، فإن العلاج السلوكي بدأ يتفوق عليها، ويحلُّ محلها، نظراً لأنه قائم على التجريب والقياس والموضوعية في صحة افتراضاته، وذلك لانطلاقه من المخابر التجريبية على الحيوان إلى الإثبات التجريبي على الإنسان.

تطوُّر العلاج النفسي التجريبي

أخذت الدراسات التجريبية المنحى الذي رسمه كل من بافلوف وواطسون في الكشف عن خصائص العادات وطرائق اكتسابها وكيفية زوالها، وهذه الدراسات للسلوك قامت برمَّتها على قوانين التعلم.

وأدّى السير بهذا الاتجاه إلى معرفة السلوك اللاتكيُّفي الذي يمكن إزالته أيضاً بقوانين التعلم. فالعادة السلوكية المتعلمة يمكن إزالتها بالقوانين نفسها التي شكلتها. وقد أكد لنا ذلك العلامة رينر (١٩٢٠) في تجربته الشهيرة التي أجراها على الطفل ألبرت وعمره أحد عشر شهراً الذي اتسم طبعه باللامبالاة. فقد كان رينر يرمي قضيباً حديدياً على الأرض بعنف، فيحدث صوتاً عالياً مزعجاً بوجود هذا الطفل، وفي الوقت نفسه يُقرن هذا الصوت المزعج بلمس الطفل لجرذ أبيض اللون عدة مرات، فأحدث عند الطفل الخوف الإشراطي من الجرذ، وتعمَّم هذا الخوف عند الطفل ليشمل الفراء الأبيض. ولإزالة هذا العُصاب الإشراطي التخوُّفي طرح رينر طريقتين وهما: الإطفاء التجريبي، والطريقة الثانية معاكسة الإشراط باستجابة سارَّة تمثلت في إطعام الطفل عندما يتعرَّض للخوف من الفراء الأبيض. أي قام بإضعاف الاستجابة التخوفية، أو معاكستها، باستجابة معاكسة مضادة في الطبيعة وهي الطعام (لأن فيه لذة وسروراً). وبعد ثلاث سنوات طبَّقت هذا الأسلوب العلاجي العالمة المعروفة ماري

كوفر جونس (١٩٢٤) على طفل يشكو من رُهاب القطط، حيث كانت تدفع القط من مسافة أقرب فأقرب نحو الطفل وهو يتناول الطعام حتى جعلته يلمسه ونجحت بهذا التدرج في إزالة الخوف.

وبناء على هذا أمكن الاستنتاج أن الملاحظات الجارية على مخاوف الطفل مع بعض المعطيات الخاصة بالتجارب على الحيوانات المخبرية التي أصيبت بعُصابات تجريبية أبرزت الاهتمام الكبير بالعلاقات المنتظمة في تبديل السلوك ضمن إطار قوانين التعلم وقوانين التجريب للمحتوى النفسي ـ المرضي.

ثم نادى بورنهام (١٩٢٤) باستخدام السلوك المعاكس لتبديل العادة اللاتكيّفية العُصابية، أي في علاج مَرضى العُصاب النفسي. وهذه التوصية أكَّدتها كتابات هرزبرك (١٩٤١) وتورهون (١٩٤٨) بصفتها وسيلة لمناهضة العادة اللاتكيفية العُصابية.

أما دونلاب (١٩٣٢) فأبرز أهمية إطفاء العادة تجريبياً من خلال الزيادة التدريجية في قوة الاستجابات المثارة، وتكرارها دون تعزيز، فغياب التعزيز يُضعف العادات. وأظهر الإمكانات التطبيقية لهذه الظاهرة من خلال ما أسماه بالممارسة السلبية Negative practice؛ وذلك بإزالة العادات الحركية غير المرغوبة عن طريق ممارستها عمداً وبشكل متكرر، مع إخضاعها إلى الوعي الإرادي.

وشدَّد غوثري (١٩٣٥) على إمكان تطبيق الطرق المعاكسة للإشراط تطبيقاً عاماً، على غرار ما طرحته العلامة جونس؛ أي إطفاء الإشراط باستجابات معاكسة مضادة، كما شاهدنا ذلك في علاج جونس للطفل المصاب بالرهاب، حيث كانت الاستجابة المنافسة المعاكسة للرهاب هي الطعام (السار).

وانتهى غوثري إلى القول: «إن أبسط قاعدة لإزالة العادة تكون بمحاولة العثور على المنبهات Cues التي تثير الاستجابة غير الملائمة المراد إطفاءها، ومن ثم ممارسة استجابة أخرى معاكسة ردّاً على تلك المنبهات».

إن الدلالة القاطعة الباتَّة التي لا نقاش فيها حول قوة مناهضة الاستجابة نجدها في علاج العُصاب التجريبي. ومن المعلوم أن هذه العُصابات التجريبية التي تم خلقها صنعياً بفعل قوانين التعلم في المخابر الحيوانية، هي عادات استجابات قلق مستمرة. ومن المعلوم أيضاً أن تجارب بافلوف هي الرائدة في هذا المضمار (١٩٤١). فقد وضع بافلوف كلباً على طاولة ضمن غرفة صغيرة (قفص) وثبَّته بوساطة حزام لمنعه من الحركة، ثم عرَّض الكلب إلى منبه مؤذٍ أثار عنده قلقاً شديداً، وعرَّضهُ أحياناً إلى حافز أثار لديه صراعاً حاداً قوياً. وتمّ إشراط القلق (قرنه) بأصوات ومشاهد الموقف التجريبي.

ومن خلال تكرار الإثارة المقلقة حدثت عند الكلب درجة قلق عالية إشراطية في الغرفة التجريبية، ومنبهات ملامسة، وقد اتسم قلقه بالاستمرارية والشدة، ولم تكن شدة هذا القلق تتضاءل لا في أثناء وجوده داخل القفص التجريبي، ولا أثناء إخراجه من هذا القفص لمدة طويلة. وهكذا نرى أن السلوك الهادىء الذي تنعم به الكلاب في أقفاصها، يُعاكس بهذه الإثارة القوية المحدثة للقلق.

ومما لا شك فيه أن هناك نوعاً من القلق يظهر في الأوساط البيئية التي تتضمن منبهات تماثل تلك التي نجدها في بيئة القفص التجريبي. وقد أظهر لنا تلميذ بافلوف وهو هورمسلي (١٩٤١) من خلال سلسلة تجاربه

كيف أن حيوانات التجربة (الكلاب) التي لم تُعالج من العُصاب التجريبي، **تبقى طوال حياتها تعاني من هذا العُصاب الذي أصابها.**

ومن خلال التجارب التي أجراها العلامة الطبيب المعروف جوزيف ولبي Wolpe (عام ١٩٤٨ م) أثبت إمكان السيطرة على العُصاب التجريبي وإزالته بوساطة استخدام الاستجابة المناهضة للقلق التي استخدمتها الباحثة جونس في علاجها لمخاوف الأطفال العُصابية التي ذكرناها. أي بتعبير آخر **استخدام الطعام كاستجابة معاكسة للقلق** على مستوى الإثارات المقلقة الضعيفة نسبياً. وهذه التجارب التي أجراها ولبي قادت إلى ابتداع أسلوبه العلاجي **المعروف بالتثبيط المَعاكس** Reciprocal inhibition في علاج المخاوف المرضية عند الإنسان Phobias. ولمّا كان الطعام لا يصلح كاستجابة معاكسة للقلق إلا عند الأطفال الصغار والحيوانات، كانت **الاستجابة الاسترخائية** هي البديلة عن الطعام في علاج عُصابات القلق عند الكبار الراشدين.

إن العادات اللاتكيُّفية هي التي تخلق المتلازمات السيكاترية «الطبية ـ النفسية»، وهذه المتلازمات يمكن تقسيمها بخطوطها العريضة إلى نوعين:

أ ـ المتلازمات العضوية المنشأ (أي الاضطرابات ذات الأصل البيوكميائي أو الآفات العضوية).

ب ـ المتلازمات التي تُردُّ إلى التعلم؛ أي الاضطرابات المُتعلمة المكتسبة. فالعلاج السلوكي، بل وجميع ضروب العلاج النفسي تتناول المتلازمات (أي الاضطرابات) **المتعلَّمة المكتسبة**. وهذه المتلازمات النفسية التي **خلقها المتعلم** تقع ضمن خمسة تصانيف وهي:

(١) ـ العُصابات النفسية[1] Psychoneuroses

تُعد العُصابات النفسية في المدرسة العلاجية السلوكية عادات لاتكُيّفية مُتعلَّمة، تمَّ اكتسابها وتعلمها في مواقف مولِّدة للقلق. واستجابات القلق المتعلَّمة تظلُّ مستمرة، وتُعد العنصر المركزي للعُصاب النفسي. وهذه العصابات بمظاهرها النفسية والبدنية ليس فيها أي سبب عضوي خاص. وكل فرد معرَّض لاكتساب بعض العادات العُصابية، ويلعب الاستعداد التركيبي دوراً في اكتساب عادات القلق المتعلمة، أو العُصاب النفسي.

(٢) ـ العادات اللاتكيُّفية المُتعلَّمة الأخرى

تنضوي تحت هذا التصنيف العادات اللاتكيُّفية التي لا تتضمن عنصر القلق الذي يميز العُصاب النفسي عن غيره. ومثالنا على العادات اللاتكيُّفية ثورات الغضب، قضم الأظافر، السلس البولي الليلي، البخل الشديد هَوس تل الشعر Trichotillomania، وبطء الحركة المزمن.

(٣) ـ الشخصية السيكوباتية (أو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع DSM-IV)

وينطبق هذا التشخيص على الأشخاص الذين تعودوا على القيام بأعمال سلوكية مضادة للمجتمع، فلا يترتب عن أي فعل يقومون به الشعور بالإثم والقلق. لذا فإن أي عقوبة تفرض بحقهم بسبب أي فعل

---

(١) حذف كتاب DSM-IV (الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأميركية) من تصنيفه للأمراض النفسية مصطلح العُصاب النفسي، نظراً لعدم وجود اتفاق بين العلماء في تعريف العُصاب، وقد آثرنا هنا استخدام هذا المصطلح لشيوع استعماله.

مشين أو إجرامي ارتكبوه لا يترتب عليها أي ردع أو إصلاح أو تصويب للسلوك المضاد للمجتمع. ورغم أن العامل الإرثي البيولوجي له دوره في هذا الانحراف السلوكي والاستعداد التركيبي المسبق في هذا الاضطراب (إسكين ١٩٥٧)، فإن الأنماط الخاصة بهذا السلوك هي مُتعلمة، وتتأثر بالتبديل والإزالة وفق قوانين التعلم. ولكن ولسوء الحظ لا يوجد لدينا، في هذا الميدان، إلا القليل جداً من الأبحاث التي تناولت الإمكانات العلاجية.

(٤) ـ الإدمان على المخدرات

يلجأ الفرد إلى الإدمان على المخدرات، ويكرر هذا السلوك من أجل تخفيف الألم أو الكرب النفسي الذي يعانيه، أو بفعل تعرُّضه للشدّات النفسية أو القلق أو لأسباب أخرى. وإذا داوم على تعاطي الدواء المخدر حتى بعد زوال العامل المسبب كالتوتر مثلاً، حينئذ نقول إنه أصبح مدمناً.

يتسم الإدمان بنزوع شديد Craving نحو المادة التي تعوَّد المدمن على تعاطيها. وكما هو معلوم فهي حالة جبرية تدفع المدمن إلى البحث عن المادة المخدرة لإضعاف هذا النزوع الملحاح وتخفيفه. وبالطبع هناك حالة بيولوجية وراء هذا النزوع نحو المخدر (في بعض المخدرات)، بحيث تجعل عادات تناول المواد المخدرة مختلفة عن التصانيف الأخرى للعادات التكيُّفية. وأظهرت الأبحاث أن هذا الفرق بين العادات اللاتكيُّفية وعادات تناول المخدر مورفين يرتبط بتأثيرات هذه المواد على المستقبلات العصبية الخاصة بالمسكنات البيوكيميائية الطبيعية الموجودة في الجسم والتي تسمى (بالأندورفينات). وبما أن النزوع التوقي إلى المخدر هو استجابة لحالة بيولوجية، فإنه من الممكن ـ على مستوى

العضوية ـ تجريب المواد الصيدلانية ذات التأثير المكره (التنبيه التكريهي) بهدف تثبيط هذا الولع نحو المخدر. وقد قام كل من ولبي وفيشر (١٩٨٠) بتجريب بعض المواد الصيدلانية لمعرفة مدى تطبيق التعلم التكريهي في علاج تعاطي المخدرات، فوصلا إلى نتائج إيجابية (وهذا ما سنتكلم عنه في فصل لاحق).

والمهم في معطيات تلك التجارب أن **المدمنين على المخدر لا يظهرون عادة ميلاً قوياً للتخلص من إدمانهم، لذلك فإن نزوعهم إلى الشفاء يكون ضعيفاً.**

ولا شك أنه عندما ينعدم وجود برنامج مضمون النتائج لعلاج الإدمان على المخدرات فإن حلَّ مشكلة المدمن تبقى مستعصية.

مظاهر العُصاب النفسي

يُعرَّف العُصاب النفسي وفقاً لمدرسة العلاج النفسي السلوكي بالتالي:

«العُصاب النفسي هو عادة لاتكيُّفية تمَّ اكتسابها من خلال التعلم في موقف مولِّد للقلق (أو تتالي وتعاقب مثل هذا الموقف) بحيث يكون القلق هو العنصر الجوهري والأساسي في هذا الاكتساب.

والمخاوف التي يشكو منها مرضى القلق غالباً ما تكون غير منطقية ولا موضوعية، ونتائج انزعاجاتهم من هذه المخاوف هي التي تدفعهم إلى التماس العلاج عادة.

ونجد أن أكثر المخاوف العُصابية شيوعاً هي المخاوف الاجتماعية Social Phobias (أي الخوف من النقد أو الرفض أوعدم القبول). ويعتبر الخوف من التكلم أمام الناس هو الأكثر شيوعاً في المخاوف العُصابية.

ولعل الخطوة الأولى الممكن إزالتها في هذه المخاوف هي الخوف من تحمل المسؤولية.

وهناك مخاوف أقل شيوعاً من تلك التي ذكرناها، وهي كثيرة يصعب حصرها، كالخوف من المرتفعات، والظلام، والخوف من الأماكن المكتظة، والمشافي والساحات العامة، والحقن، والكلاب، والعناكب الخ... يضاف إلى ذلك القلق المعمم (أو القلق العائم الحر) ويختلف عن المخاوف المرضية التي ذكرناها بأنه غامض غير محدد. فالمريض في هذه الحالة يعاني من خوف مبهم غامض لأيام أو شهور. وأحياناً يكون هذا الخوف مشروطاً (أي يرتبط بإشراط) بالمكان أو الموقف، وبالإحساسات الجسديَّة.

ثم إن للقلق تأثيرات ثانوية غالباً ما تكون نبع تعاسة الفرد أكثر من القلق ذاته، كالخجل المرضي، واحمرار الوجه، والتأتأة (اضطراب الكلام).

فالخجل المرضي يعيق المبادأة الاجتماعية، ويحرم المريض من تطوير علاقاته الاجتماعية، واكتساب الخبرات بفعل ميله إلى الانعزال. ثم هناك القلق من عدم الكفاية الجنسية عند المرأة والرجل، ويتراوح ما بين الدفق المبكر وضعف الانتصاب عند الذكور، والبرود الجنسي وفقدان الرعشة الجنسية عند المرأة؛ وهو أمر يدمر العلاقات والحياة الزوجية.

ويعتبر القلق أيضاً من مسببات العادات المضادة للمجتمع؛ كالنزوع الجبري نحو إشعال الحرائق، والتعرِّي (إظهار العورة عند المرأة والرجل) والفتيشية[١] Fetishism، والعُصاب الوسواسي ـ الجبري، والاكتئاب

(١) أي الإثارة الجنسية عند الرجل في اقتناء أو مشاهدة الألبسة الداخلية للمرأة.

العُصابي . ويمكننا تلخيص عقابيل ونتائج القلق العُصابي باللوحة التالية :

اللوحة رقم (١)

نتائج القلق العصابي	
التعرض الفيزيولوجي	**النتائج السريرية الشائعة**
١ ـ على مستوى الجملة العصبية الذاتية :	• الشعور بالقلق، الجزع الخوف الخ . . .
أ ـ فرط تنبيه الجملة العصبية الودِّية	• الشعور بالاكتئاب • الشعور بالتهديد بفقدان السيطرة على الذات أو بالخوف
ب ـ فرط التهوية الرئوية	• الدوار • نوبات الإغماء أو الغشي • الصداع • المذل أو الخدر الحسي • تسرُّع القلب
جـ ـ اضطرابات الجملة العصبية الذاتية في جهاز بدني واحد	• الأمراض النفسية ـ البدنية أي : ـ التهاب الجلد العصبي ـ الربو القصبي ـ التهاب الأنف الوعائي الحركي

	- قرحة المعدة ومتلازمة تقرُّح المعدة - متلازمة تهيج الأمعاء - فرط التبوُّل - عسر الطمث - ارتفاع الضغط الدموي - الشقيقة أو الصداع الوعائي
٢ ـ على المستوى الحركي	
أ ـ التوتُّر العضلي المهيمن المعمم أو الموضعي	الاضطراب الحركي أي: - الرجفة - اضطراب الكلام - ألم الظهر - عسر حركة المقلة
ب ـ إشراط التجنب الحركي	- تجنب المنبهات المثيرة للقلق
جـ ـ التثبيط الوظيفي المعقَّد	- عمل وظيفي (مهني) مُعوق - تفاعل اجتماعي مُعوق - وظيفة جنسية معوقة
د ـ سلوك حركي معقَّد بالمشاركة مع القلق أو السلوك المرتبط بإضعاف القلق	- السلوك الجبري أو القهري - عصابات الطبع أي: • الاتصال الجنسي غير الشرعي (الزنا) • الانحرافات الجنسية أي: • اللواط • الاتصال الجنسي بالأولاد

- الإظهارية (إظهار العورة)
- التلصص الجنسي أي اختلاس النظر خفية للحصول على المسرة نتيجة رؤية فعل جنسي (Peeper)

هـ ـ على المستوى الفكري (المعرفي)

ـ التركيز الفكري على استجابات القلق

ـ ما تحت النساوة (نتيجة عدم تسجيل الحوادث الخارجية في الذاكرة)

ـ تأذي التعلم والأداء



الفصل الثاني

المنبهات، الاستجابات، التعلُّم وطبيعة التفكير

١ ـ المنبهات والاستجابات

إن جميع أنماط السلوك بما في ذلك أكثرها تعقيداً، تتضمن تتالي المنبه ـ الاستجابة وهو ما أسماه بافلوف «نشاط الجملة العصبية المركزية». فالاستجابة Response هي نشاط عصبي خاص أو نتيجة لحدث، أما المنبه Stimulus فهو السابق للاستجابة ومحدثها. ثم إن المنبه الحسي هو المصدر الخارجي المنشىء للطاقة الذي يُنتج التنشيط للعصب الحسي الناقل للإحساسات من المحيط إلى المركزAfferent nerve. وكل جزء من تعاقب الاستجابات يمكن النظر إليه باعتباره منبهاً للاستجابات التالية. فالحركة يمكن اعتبارها استجابة للسيالات العصبية التي أدت إلى الحركة، واعتبارها أيضاً المنبه الحسي الذي أثار هذه السيالات العصبية.

إن المنبه الخارجي Extroceptive سواء أكان ومضة ضياء بسيطة أم منظر امرأة جميلة، يثير استجابات معقدة حركية وإدراكية ونباتية (نسبة إلى الجملة العصبية النباتية أو الإعاشية). فالاستجابة الحركية لا تُحدث فقط منبهات ناشئة عن العضلات ذاتها، ولكن أيضاً تبدلات في علاقات الفرد بالمحيط والعالم الذي حوله. فتبدُّل وضعية جسم الإنسان يترتب عنه تبدُّل

حقل الرؤيا عنده. والاستجابات الخاصة بالجملة العصبية الإعاشية تحدث بدورها منبهات تؤثر على السلوك مثل صوت ضربات القلب المسموعة، أو تعرُّق راحة الكفِّ.

ورغم هذا التعقيد نجد دوماً درجة ما من قابلية التبدُّل. فهناك قابلية عامة للتكرار في سلوك العضوية إزاء موقف تنبيهي معين، ضمن حدٍّ من الشروط الفيزيولوجية. فالثبات التجريبي للعلاقة الكائنة بين المنبه والاستجابة هو الذي نسميه «**العادة**». وعموماً فإن عاداتنا تتماشى مع ما يفيدنا، ولكن هناك بعض العادات التي تسيء إلينا وتلحق الضرر بنا، لذا سرعان ما نبذل جهوداً لتبديلها.

٢ ـ القواعد الأساسية للتعلُّم ومحو التعلُّم (عدم التعلم)

أ ـ التعلم سابق للتفكير، والتفكير يقوم على الإدراك الذي هو نتاج التعلم.

أما التعزيز فهو عملية يتمُّ من خلالها اكتساب استجابات جديدة وتقوية عادات موجودة. وقد طالعنا بافلوف في تجاربه النموذجية كيف أن «تقوية» ارتباط منبه استجابة تعمد على «**الإثابة**» مثل الطعام عند الأطفال الصغار والحيوانات (بافلوف ١٩٢٧). ثم إن مقدار الإثابة Reward **وتوقيتها** بالنسبة إلى تتالي منبه ـ استجابة هما حاسمان في تحديد مدى تشكُّل الارتباط الوظيفي، سواء أتم هذا الارتباط أم لم يتم. فاحتمال ظهور الاستجابة نتيجة المنبه إما أن يتزايد أو يتناقص، وهذا ما تمَّ إظهاره بكثرة بخصوص العادات الحركية، وبعض العادات الأخرى المرتبطة بالجملة العصبية المركزية. (بافلوف ١٩٢٧، سكينر ١٩٥٣، ميللر ١٩٦٨).

ويمكن إشراط الكلمات، والصور الذهنية، والأفكار بالإثابات الخارجية (بافلوف ١٩٥٥، رازان ١٩٧١). فالمعززات الخارجية كثيرة نعدُّ منها الطعام، وإعطاء المال، والمديح والإطراء.

وفي هذا المجال نجد أمثلة تدلُّ على أن التعلُّم يحدث في غياب أي مصدر تعزيز خارجي. فقد نعثر على فرد لا يحتاج إلى تعزيز خارجي للتعلم من القاموس، لأن لديه تعزيزاً داخلي المنشأ وهو الميل والحماس، وهذا التعزيز يكون في حالة فعل وعمل.

إن تتابعات المنبه ـ الاستجابة تتوقف على الارتباطات الوظيفية التي تمَّ تشكلها بين النورونات العصبية. فوراء كل عادة ارتسامات وظيفية عصبية تمَّ تشكلها.

ثم إن التعزيز الخارجي يؤثر على الحوادث الجارية في الوصلات العصبية Synapes. إذ بيَّن هال Hull (١٩٤٣) وجود صورة عامة لجميع المعززات الخارجية لأنها تنقص حالات «الدافع» «Drive» أو الحفز للإثارة العصبونية في الجملة العصبية المركزية والناجمة عن التنبيه الداخلي لحاجات الجسم؛ مثل الحرمان من الطعام والماء، أو الناجمة عن التنبيه الخارجي القوي مثل التنبيه المؤذي Noxious. فالإثارة العصبونية المركزية التي تتجاوز مستوى معيناً من القوة يترتب عليها حدوث نشاط حركي واضح، أما تناقص هذه الإثارة (والتي من علائمها تناقص النشاط الحركي) فينجم عن تضاؤل التنبيه المحرِّض للحاجة أو إزالة التنبيه الخارجي.

ومن خلال إدراك أن التعزيز الخارجي هو مصدر تضاؤل الدافع في كثير من مسائل التعلم وليس جميعها، علينا أن نعرف فيما إذا كانت هناك

أنماط أخرى لتناقص الدافع في حالة نشاط وعمل، وذلك عند حدوث عملية التعلم، وفي غياب التعزيز الخارجي كما هو الحال في التعلُّم من القاموس. ونحن نعلم أن تضاؤل الدافع يكون بفعل إشباع الحاجات. ثم إن قوة التعلُّم المعرفية تتزايد تزايداً طبيعياً إذا ما صاحبتها إثارات، وتناقص بالإدراك النوعي. مثالنا على ذلك هو أن تعزيزاً كبيراً للتعلم المعرفي يحدث عندما يتمكَّن الإدراك من إضعاف قوة الفضول ويشبعها (برلاين ١٩٦٠).

وهكذا نجد أن تضاؤل الدافع على المستوى السلوكي متلازم مع التعزيز، ولكن في الوقت نفسه يكون ذاك الدافع معززاً. وعلى هذا فعندما تتشكل العادات المعرفية يمكن تقديم التعزيز، إما بالإثارات المنبهة للتفكير أو بإضعاف هذه الإثارات أو في الاثنين معاً. ونحن نفترض أن أحدهما يقود إلى توقُّف النشاط النوعي في عصبونات الدافع حسب نظرية أولد Old (١٩٧٥).

ب ـ عدم التعلّم Unlearning (أو محو التعلُّم).

دُرست مسألة محو التعلم في سياق الأسلوب المسمى «الإطفاء التجريبي» Experimental Extinction. ففي هذه الظاهرة نجد أنه عندما يتم إثارة الاستجابة المتعلمة مراراً وتكراراً بدون إثابة فإنها تضعف وتزول. ويحدث هذا في عملية إضعاف العادة المشكلة إضعافاً متقدماً تحت تأثير المنبه الذي يثير استجابة هذه العادة. ومثالنا على ذلك السلوك الذي يظهر في أعقاب قرع الجرس والمقرون بتقديم الطعام المعزز لهذا السلوك. فهذا السلوك (لعاب الكلب) يضعف تدريجياً في الظهور، إذا ما توقفنا عن قرن صوت الجرس بالطعام (تجارب بافلوف)، وأيضاً سلوك التجنب الذي يضعف إذا لم يُقرن ويعزَّز بالحادثة (المنبه) المسببة للإيذاء،

التي نتج عنها السلوك التجنبي.

إن الأداء في الاستجابة الحركية يترتب عنه نتائج، وهذه النتائج هي إضعاف العادة الفاعلة عندما يزول التعزيز.

وهناك ما يبرهن على وجود عمليتين منفصلتين في حادثة محو التعلم أو الإطفاء التجريبي. العملية الأولى هي حدوث التعب المصاحب لآلية التثبيط الارتكاسية التي افترضها هال Hull (١٩٤٣)، ومثالنا على ذلك إطفاء العرّات العصبية بوساطة الممارسة السلبية القائمة على تكرار إحداث العرّات إرادياً مما يسبب التعب. والعملية الثانية تتمثل في خلق استجابة منافسة مُزاحمة للاستجابة المراد إضعافها. إن الآليتين المذكورتين سابقاً يمكن تطبيقهما لإطفاء الاستجابات الحركية غير المعززة، والتي لها مكانة في الدراسات الخاصة بالإشراط الإجرائي Operant Conditioning.

من ناحية أخرى نجد أن الإطفاء الذي يظهر في النسيان اللفظي ليس نتيجة إثارات غير معززة للاستجابة اللفظية، ولكن يحدث هذا النسيان بفعل إثارة استجابات لفظية أخرى، تدخلت فناهضت الاستجابة السابقة، وهذا ما نسميه التثبيط المعاكس Reciprocal inhibition (أوزكور ١٩٤٨)، وهذا هو الأساس لتأثيرات الإطفاء (أو المحو) القائمة على خلق استجابة معاكسة أو إثارتها لإزالة إشراط القلق (كما سنرى ذلك).

فإزالة السلوك غير المرغوب في العلاج السلوكي غالباً ما تتحقق بدون الإثارة غير المعززة لذلك السلوك غير المرغوب. ويضرب لنا جوزيف ولبي Wolpe مثالاً عن حادثة عالجها تتمثل في امرأة اعتادت أن تسرق لمدة ١٨ عاماً أشياء تحتاجها ومضطرة أن تدفع قيمتها. وقد عالجها بتخليصها من هذه العادة الحركية (عادة السرقة) بوساطة إزالة استجابة

القلق، مستخدماً تقنية إزالة التحسس المنهجي.

أما بالنسبة إلى إزالة الاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية اللاتكيُّفية ذات الإشراط الكلاسيكي، فسنرى أن هناك وسائل أخرى من التثبيط لتلك الاستجابات تكون القاعدة في إزالة هذا الإشراط. **فتثبيط الاستجابة هو شرط ضروري لإضعاف العادة** مثلما تعتبر الإثارة شرطاً أساسياً لخلق الإشراط في العادة.

٣ ـ البنية المعرفية (الفكرية) في سلوك الإنسان

إن إدراكنا الأشياء والمواقف في العالم الذي يحيط بنا هو الذي يحدد أفعالنا وسلوكياتنا. **فالكيفية التي نردُّ بها على المواقف تختلف وفقاً للكيفية التي ندرك بها هذه المواقف**. فالتفكير إذن أو البنية المعرفية هي المحددة للسلوك والانفعال. ومع ذلك فالتفكير يخضع إلى القوانين الميكانيكية نفسها الموجودة في السلوكيات، لذا فلا حاجة إلى وضع قانون لعالم النشاط مستقل عن العضوية التي تحكمها الآلية، وعلى هذا فلا فرق بين المعرفة والسلوك. فالحوادث المعرفية هي أيضاً سلوكية. فالعلاج المعرفي هو أيضاً علاج سلوك، ولا حاجة للتفريق بينهما كما نجد اليوم بين ما يسمونه «المعالجين المعرفيين» و «المعالجين السلوكيين». ولا ينبغي أن ننسى أن الإدراك هو أساس الأفكار والمعارف عند الإنسان. فالإدراك ليس مجرد رؤية وإبصار فقط بل معرفة وفكر.

الفصل الثالث

العُصابات النفسية وأسبابها

١ ـ تعريف القلق ومعناه

سبق وعرَّفنا العُصاب النفسي بأنه **عادة متعلَّمة** لاتكيفية مستمرة، بؤرتها **عنصر القلق**. وتعبير القلق مرادف «للخوف».

ويعرِّف جوزيف ولبي القلق: «النموذج المميز لعضوية الفرد في استجاباته الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية ردّاً على منبه مؤذٍ» (ولبي ١٩٥٨). والقلق «كيان» متبدل يرتبط ارتباطاً ضعيفاً بالحوادث السالبة، وهو مؤلف من **عناصر معرفية، وحركية، وعصبية إعاشية**. وهذا التعريف يسمح بجعل الاستجابات التي تأتي رداً على منبهات مؤذية، مختلفة من شخص إلى آخر، إلا أن هذا التعريف يؤكد على فردية استجابة الفرد أو الشخص المعين.

٢ ـ كيف يتمُّ تعلم الخوف؟

يبين تعريفنا للخوف بأنه **استجابة لا إشراطية** Unconditioned response إلا أن الفرد عادة لا يعي كثيراً أن الاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية تنجم عن منبه، أو إثارة مؤذية، ذلك لأن خبرة الألم المتزامنة تطغىٰ على الشدة الحسية.

وهناك منبهات أخرى لا إشراطية تثير القلق مثل فقدان الدعم المفاجىء (واطسن ١٩٧٠) والصراع (فونبرغ ١٩٥٦). ثم إن الأطفال يخافون من الوجوه غير المألوفة عند بداية تمييزهم لهذه الوجوه عن أمهاتهم.

كما أن المنبهات الحيادية التي تترك تأثيرها على الفرد عندما يخاف، تصبح إشراطية في إثارة خوفه؛ فمثلاً إذا أصبح صوت الأم ذا لهجة ولحن معين أثناء اقترانه بصفعها لابنها لأنه أقدم على فعل غير مرغوب فيه، فإن الخوف المثار بفعل الصفعة يقترن بصوت الأم، ويصبح هذا الأخير إشراطياً يثير خوفه بمجرد سماعه. وهذا الإشراط يحدث بفعل أي تنبيه قريب أو مجاور مثل الأصوات، والأشياء، والكلمات، والأفكار، وأي شيء يُشاهد ويُسمع، ويُستشعر به، ويُدرك من قبل الشخص. وبفعل الإشراط من الصنف الثاني أو المتعدد ينتشر الخوف **وينتقل من منبه إشراطي إلى آخر.**

ثم إن المنبهات Stimuli ليست على درجة متساوية متعادلة في الإشراط التخوّفي. فقد بيّن لنا سيلغمان (١٩٧١)، أن بعض المنبهات مثل الظلام والأشياء ذات الفراء تكون جاهزة للارتباط باستجابات الخوف، وافترض أن سبب هذا الارتباط نشوئي نوعي (أي له علاقة بتطور تاريخ نشوء البشرية) استعدادي. وهنا نشير إلى أن المنبهات ذات الاستعداد تكون أكثر صعوبة نسبياً في الإطفاء من المنبهات التي ليس لها طابع استعدادي.

وعلى المستوى الإكلينيكي هناك ما يدعم افتراض أن الأماكن المغلقة، والحيوانات والحشرات، والظلام تعدُّ منبهات جاهزة الارتباط

باستجابات الخوف، أكثر من البيوت، والورود، والغيوم. إلا أن التفسير النشوئي لا يخلو من النقد ويصعب الأخذ به كمسلمات. وهناك تفسير يرى أن الزهور والبيوت خلال مسيرة حياة البشر العادية تكون مرتبطة بالفرح والمتعة والأمان، لذلك فهي تمنع القلق ولا ترتبط به، وهذه المجانسة لا نجدها في معظم مصادر القلق الأخرى. فمفهوم الاستعداد للخوف يتركنا في مشكلة تحديد الأساس الإرثي أو الاكتسابي لهذا الاستعداد.

ثم إن معظم المخاوف اكتسابية، إلا ما ارتبط منها بالاستجابات العصبية على مستوى المنعكسات؛ كخوف الرضيع أو الطفل الصغير من الأصوات الحادة، أو الهبوط المفاجىء من مستوى معين.

ومع نمو اللغة عند الطفل فإن التحذيرات، والإنذارات، والتهديدات الكلامية تصبح بمثابة منبهات إشراطية كلاسيكية جديدة تبرز في مساحة التعلُّم المعرفي. وما إن **تتكرر الاستجابات الإشراطية للخوف عند الطفل حتى نجد أن دوائر قاعدة المخاوف تمتد وتتسع** لتكون على مستوى الإشراط الكلاسيكي من الدرجة الثانية.

ثم إن المخاوف تكون معرفية وكلاسيكية. فالمعرفية هي المكتسبة من قبل المحيط كخوفنا من الأفاعي أو عيادة طب الإسنان، أما المخاوف الكلاسيكية فهي التي نختبرها ونتعرض لها ميدانياً؛ كالخوف من ركوب الحافلة بعد حادثة اصطدام، وخوف العسكري من القتال بسبب تعرضه لأهوال الحرب.

٣ ـ أسباب المخاوف المرضية أو العُصابية

هناك كثير من الجدال حول إسباب الخوف العُصابي، منها

الافتراض القائل أن هذا الخوف يختلف عن الخوف السوي. والواقع أنه لا فرق بين الخوف السوي والخوف العُصابي، ذلك أن المخاوف السوية تظهر استناداً لمبادىء الإشراط الكلاسيكي، وهي اكتسابية معلوماتية معرفية، والشيء نفسه نجده في المخاوف العُصابية. والذي يميز المخاوف المرضية عن السوية **هو طبيعة الموقف المنبه الذي يحدث فيه الإشراط**. فإذا كان الموقف (أو المنبه) مصدر خطر كان الخوف سوياً تكيفياً، وإذا لم يكن كذلك كان عُصابياً.

أ - المخاوف العُصابية ذات الإشراط الكلاسيكي.

تصدر هذه المخاوف عن حادثة وحيدة مفردة (تعلم في تجربة واحدة) ومثالنا على ذلك: **عُصاب القتال**. فالعسكري الذي شهد مذبحة مخيفة دارت حوله، يُصاب بقلق إشراطي بفعل المنبهات المخيفة التي أحاطت به. وإذا صدف أن ظهر موقفٌ سببي مثل صوت مدفع رشاش أو شيء يماثله في الصوت، فإن هذا المنبه يحدث عنده استجابة قلق بفعل الإشراط.

وينطبق الأمر نفسه بالنسبة إلى التعرُّض لقصف الطائرات الشديد، إذ مجرد ما يرى العسكري أي طائرة حتى لو كانت مسالمة، يُصاب بالرعب الشديد.

فالقلق هنا ارتكاسي آلي إشراطي. والأمثلة على الإشراط التخوفي كثيرة لا تحصى.

ب - المخاوف العُصابية التي تعود إلى أسباب معرفية.

إن كثيراً من مخاوفنا العادية غير المرضية، والمرتبطة بتهديدات حقيقية واقعية، تستند على أرضية فكرية (معرفية)، ويتمُّ اكتسابها من قبل

المحيط، مثالنا على ذلك الخوف من عيادة الأسنان، ورغم أننا لم نتعرض إلى آلام حفر الأسنان، نجد أن بعضنا يخاف من العيادة السنية، نتيجة ما يسمعه من المحيط عن الألم الشديد من حفر الأسنان. فالخوف هنا معرفي، ويصل إلى حدِّ الخوف العصابي (الخوف الإيجابي الاكتسابي).

كما أن المعلومات المغلوطة تسبب المخاوف أيضاً، مثالنا على ذلك الشاب الذي يعتقد أن الاستمناء (العادة السرية) يؤذي الصحة النفسية والبدنية. وهناك الخوف الذي يعود سببه إلى الاستنتاج الخاطىء وليس المعلومات الخاطئة، مثالنا على ذلك الشخص الذي يحسُّ بمشاعر غير عادية يستدل منها على أن شخصيته مصابة بالفصام. وهناك الكثير من المخاوف الوهمية من هذا القبيل.

٤ ـ توزّع المخاوف ذات الإشراط الكلاسيكي والمعرفي

من الدراسات المسحية التي أجراها الدكتور جوزيف ولبي وفقاً للحالات التي عالجها، اتضح له أن المخاوف الإشراطية الكلاسيكية أكثر من المخاوف العُصابية المعرفية.

أ ـ **عوامل الاستعداد المسبق** Predisposing factors.

أوضحت الدراسات أنه عندما يتعرض عدد من الأفراد إلى المنبهات نفسها المولدة للمخاوف والقلق، فإن بعض هؤلاء الأفراد يظهرون استجابات خوف عُصابية وليس جميعهم. وهذا يعني وجود فروق فردية في الاستعداد للإصابة بعُصاب الخوف.

وأوسع دراسة مسحية في هذا المجال أجراها العلامة سيموند (١٩٤٣)، وقد تناولت ٢٠٠٠ حالة عُصاب حرب في سلاح الجو الملكي البريطاني خلال الحرب العالمية الثانية. واكتشف في هذه الدراسة حالة

توتر نفسي عند هؤلاء بنسبة ٩٩٪ منهم. واكتشف أيضاً وجود علاقة تبادلية بين مستوى التعرُّض للتوتر النفسي المسرِّع لظهور العُصاب النفسي، ودرجة الاستعداد الذي يأخذ صورة الحساسية الانفعالية السابقة الوجود. فالفرد الذي يكون على درجة عالية من التحسس الانفعالي هو أكثر عُرضة للإصابة بالقلق الشديد في ظروف معينة، من فرد آخر من الطبع البلغمي (بارد). ثم إن الإشراط السابق التخوفي يزيد الحساسية نحو مواقف أخرى باعثة على التوتر والخوف. فالفرد الذي يعاني من قلق إشراطي هو أكثر تحسساً من غيره ممن لا يحمل هذا القلق إزاء مواقف مثيرة للقلق.

كذلك فإن المواقف التي تحيط بها عوامل الدعم الاجتماعي تكون أقل إثارة للقلق من مواقف محرومة من هذا الدعم. فالأطفال الذين يتعرضون إلى غارات القصف الجوي بصحبة ذويهم يشعرون بقلق أقل مما لوكانوا محرومين من هذا الدعم.

وهناك مخاوف صادرة عن نقص المعلومات تكون أكثر شدة من المخاوف التي سببتها المنبهات الأصلية. فالفرد الذي يتعرض لموقف مثير للخوف يصاب باضطرابات مصدرها الجملة العصبية الإعاشية (الحس بالدوار، والغشي، وتسرع ضربات القلب) وهذه الاضطرابات الإعاشية المصدر تحدث عنده منبهات تخوفية كارثية أكثر شدة من الخوف الأصلي (نوبة الجزع) بسبب المعلومات المغلوطة في تفسيره لهذه الاضطرابات البدنية (الخوف من الموت المفاجىء أو الجنون وفقدان السيطرة على الذات).

ثم إن للعوامل الفيزيولوجية دورها عند بعض الأفراد في إكسابهم الاستعداد المسبق للإشراط العُصابي، فالتعب، والخماجات (الالتهابات

البكتيرياتية أو الفيروسية)، وبعض الأدوية هي أمثلة على ذلك.

لقد رأينا أن العُصاب عادة مكتسبة متعلَّمة عند حيوان التجربة والإنسان، وأن قوانين التعلُّم هي المحدثة للعُصاب والشافية منه. وإذا كانت العُصابات التجريبية قابلة للتعلم فلا بد أن تتوافر فيها الصفات المشتركة التالية التي تشترك مع السلوكيات الأخرى المتعلمة:

أ ـ يجب أن يكون السلوك العُصابي متماثلاً تماماً مع السلوك المُثار في الموقف المحرِّض على ظهور ذلك السلوك.

ب ـ يجب أن تكون الاستجابات العُصابية تحت سيطرة المنبهات الموجودة في الموقف المحرِّض على ظهور تلك الاستجابات؛ أي بتعبير أخر يجب أن تظهر الاستجابات عندما تقع على العضوية المنبهات ذاتها أو ما يماثلها.

جـ ـ يجب أن تكون الاستجابات العُصابية في ذروة شدتها وقوتها، عندما تكون العضوية متعرضة لمنبهات تماثل تلك التي كان فيها السلوك متعرضاً للإشراط الأصلي. وتتضاءل تلك الاستجابات العُصابية في الشدة وذلك طبقاً لمبدأ تعميم المنبه الأول أو الأصلي.

والصفتان المذكورتان أعلاه نجدهما في جميع العُصابات التجريبية. أما الصفات الثلاث جميعها فقد وجدها العلامة ولبي في العُصابات التجريبية التي خلقها عند القطط عندما عرَّضها للصدمات الكهربائية (ولبي ١٩٥٨). فقد أثارت الصدمات الكهربائية عند الحيوانات أنواعاً مختلفة من الاستجابات الحركية، العصبية الإعاشية: توسُّع بؤبؤ العين، انتصاب الشعر، والتنفس السريع.

وهذه السمات الثلاث للسلوك العُصابي التي ذكرناها نجدها في العُصابات التي تصيب الإنسان، فاستجابة القلق التي نراها في عُصابات

الحرب هي مثالنا على ذلك. كما أن جميع المخاوف ذات الإشراط الكلاسيكي فيها تعميم للمنبه الأولي تقريباً؛ إذ نرى على سبيل المثال أن خوفنا من المرتفعات يتزايد باطراد مع تزايد الارتفاع. كما أن رُهاب الأماكن المغلقة يتبدل في علاقة معكوسة بالنسبة إلى الحيز المتوافر، وبعلاقة مباشرة مع اتساع المكان المحصور وامتداده، فيزداد الخوف كلما ضاق المكان.

ثم إن التشابه بين عُصابات الإنسان والحيوان يكمن في مقاومتها لإطفاء سلوك الخوف سواء أتعرض الحيوان والإنسان إلى المواقف المثيرة للقلق أم لم يتعرضا. فالقطة العُصابية تُظهر درجة من القلق غير المتضائل في قفص التجربة لمدة ساعات وربما لأيام، ولو أبعدناها عن ذلك القفص عدة شهور أو أسابيع. والفرد الذي يخاف ركوب الطائرة لا تتحسن حالته ويزول خوفه سواء ابتعد عن ركوب الطائرة ابتعاداً تاماً أم لم يفعل.

إن الفرق الرئيسي بين العُصاب التجريبي والعُصاب السريري الإكلينيكي هو أن الأول يُثار فيه الخوف الأصلي بمنبه غير إشراطي؛ مثل الصدمات الكهربائية، أما في حالة العُصاب السريري فيكون المنبه إشراطياً مثل الخوف الشديد من الخطر. فالعُصابات السريرية تصدر عن إشراط من الدرجة الثانية. فهل يُنتجُ التوتر النفسي تبدلات وتغيرات دائمة في الخلايا العصبية؟.

رأينا أن العُصابات التجريبية والإكلينيكية هي إلى حدّ كبير ظواهر سلوكية مُتعلَّمة، والشدّات والقلق في هذه العُصابات تُحدث تبدلات في وظائف أجهزة البدن (اضطرابات هضمية ودورانية وتنفّسية الخ...). وهناك افتراض ذو دلالات قوية فحواه أن الاضطراب في الخلية البدنية الذي تحدثه الجملة العصبية الإعاشية بفعل تنبيهات القلق المستمرة

والمزمنة يؤدي إلى خلل في الوظيفة الخلوية، ويترتب على هذا الخلل حدوث مرض أو آفة عضوية (من الاضطراب النفسي إلى الآفة العضوية). ومن هنا نفهم آلية الأمراض السيكوسوماتية مثل الربو، والصداع التوتري، والاضطرابات الهضمية التقرحية وما يشبه ذلك. ويرى جنزبرغ (١٩٨١) أن عبء الحمل على الخلايا العصبية ينتج نوعاً من الأمراض الفيزيولوجية.



الفصل الرابع

آليات إزالة عُصاب الإشراط الكلاسيكي

١ ـ مقاومة السلوك العُصابي لعملية الإطفاء

رأينا أن السلوك العُصابي عند حيوانات التجربة، وحتى عند الإنسان يتَّصف بسمة الاستمرارية إلى أن يتمَّ إطفاؤه بالعلاج. والسلوك العُصابي اللاتكيُّفي تحت جميع الظروف لا يزول إلا بفعل إثارته بالتعرُّض للمنبهات التي أحدثته، ومعاكسة هذه المنبهات باستجابات مناهضة ومُضادة في الطبيعة.

وهنا علينا دوماً أن نبحث عن المنبه المثير للاستجابة الإشراطية اللاتكيفية بغية إضعاف أو إطفاء هذه الاستجابة، ودون العثور على المنبه المثير لتلك الاستجابة لا يمكن إطفاء هذه الأخيرة، وهذا ما نراه لاحقاً في عملية تحليل السلوك خلال المقابلة الإكلنيكية والاطلاع على القصة المرضية.

إلا أن ما يلفت النظر أن عمليات الإطفاء كانت رديئة الفعالية في التاريخ العادي للاستجابات العُصابية.

ولاحظ ولبي في تجاربه على الحيوانات في خلق العُصابات الكلاسيكية الإشراطية التجريبية أن مقاومة هذه العُصابات للإطفاء تنحصر

تقريباً في الاستجابات الصادرة عن **الجملة العصبية الإعاشية**. أما فيما يخصُّ الاستجابات الحركية مثل لجوء الحيوان إلى خربشة جوانب القفص، فإن عملية إطفاء النشاط الحركي تغدو سهلة.

ونحن بحاجة إلى معرفة نوع الظروف التي تناهض فيها الاستجابات الأخرى القلق مناهضة ناجحة، وهذا ما يدفعنا إلى معرفة لماذا تفشل المناهضة الفعّالة العادية في السيطرة على الاستجابات العُصابية، فمثل هذا التساؤل يجعلنا نعاين الظروف التي تكون فيها مناهضة القلق مضمونة النجاح تقريباً، ونقصد بذلك علاج العُصابات التجريبية.

٢ ـ علاج العُصابات التجريبية

يمكن إضعاف استجابة القلق عند حيوانات التجربة بوساطة خلق استجابات مضعفة معاكسة (وعادة تكون هذه الاستجابة المنافسة المضعفة: الطعام).

وقد تمكَّن ولبي من إزالة العُصاب التجريبي عند القطط، كما سبق وذكرنا، باستخدام الطعام كاستجابة معاكسة لهذا العُصاب. إذ جوَّع قطةً لمدة ٢٤ ساعة، وأخذ فيما بعد يقدم لها الطعام بترتيب تنازلي في غرفة التجربة المثيرة للقلق حتى أصبح القلق المعمم في غرفة التجربة منخفضاً إلى مستوى لا يمنع الحيوان من أكل الطعام تماماً، على غرار علاج العُصاب عند الطفل المرهوب الذي عالجته ماري جونس.

ولاحظ ولبي أن الطعام الذي كان يقدم للقطط باليد وهي في غرفة التجربة أضحى مقترناً بالطعام، ومثيراً إشراطياً في استجابة الاقتراب نحو الطعام. وعلى هذا تمَّ وضع القطط المصابة بالعُصاب في قفص التجربة وأُدني الطعام من فمها، وكان ذلك الطعام موضوعاً على صفيحة لها قبضة

ممسوكة باليد. وكانت القطط تتردد في بادىء الأمر في تناول الطعام، وأحياناً تحجم عن ذلك، وبعد تقديم الطعام لها عدة مرات أكلت من الصفيحة، وفيما بعد أخذت تلتهم الطعام الموجود على أرضية قفص التجربة بسرعة. وبتزايد عدد القطع التي كانت تأكلها داخل القفص أصبحت كل قطة تأكل بحرية أكثر، وتتحرك داخل القفص طليقة بلا قيد، معبرة عن تضاؤل القلق. وهكذا أمكن إطفاء جميع المنبهات الإشراطية داخل القفص عند القطط فتحررت من العُصاب.

لماذا يستمر القلق العُصابي؟

إن هذا يعني مقاومة القلق ضدَّ الإطفاء. فالتجارب التي ذكرناها بيَّنت لنا أنه عندما يكون **القلق ضعيفاً** لدرجة تسمح للحيوان أن يأكل بوجود منبه مثير القلق، حينئذ يصبح **القلق ضعيفاً** تدريجياً. وبالعكس إذا كان القلق **شديداً لدرجة تثبيط الحيوان عن الطعام**، فلا فائدة من تبديل سلوكه القلق **تحت ظروف معينة، بحيث يصبح القلق منتشراً نحو منبهات جديدة**. وبتعبير آخر إن القلق العُصابي الشديد من شأنه تثبيط إثارة أي استجابة مناهضة للقلق ومعاكسة له. **إن هذه النتيجة ذات تطبيقات مهمة في أسلوب إطفاء العصابات عند الإنسان. فالقلق الضعيف الشدة يمكن تثبيطه باستجابات معاكسة ذات قوة منخفضة نسبياً**.

ففي تجربة أجراها بركون (١٩٧٥) كانت الجرذان القلقة قلقاً خفيفاً في مجاز ضيق، **تتخلص من قلقها** بعد ركضها ركضاً متكرراً في المجاز نفسه (الاستجابة الحركية هنا مناهضته للقلق) وحتى من دون تعزيز بالطعام. **فمعظم الاستجابات الانفعالية الإشراطية المناهضة للقلق الخفيف الشدة**، والمثار مخبرياً، قابلة للإطفاء (بلاك ١٩٥٨). وبالطريقة نفسها نجد أن العصابات عند الإنسان التي تكون ضعيفة الشدة نسبياً

(وغالباً ما نجدها تتلاشى عند الأطفال)، من تلقاء ذاتها: والسبب في ذلك أن إثارات الخوف الضعيفة تمَّ تثبيطها بالاستجابات الانفعالية في الحياة اليومية.

التثبيط المعاكس كآلية لإزالة القلق

عرفنا وفق تجارب ولبي أن الإثارات القوية للقلق تكون مصحوبة بالكفِّ عن الطعام عند القطط، وأن الحيوان يستعيد قابليته للطعام عندما يكون القلق ضعيفاً نسبياً، كما أن تكرار الأكل يتمخض عنه تناقص مظاهر القلق. فالعلاقة التثبيطية المعاكسة بين الاستجابتين نراها هنا واضحة. من هذا يتضح أن التثبيطات الفردية للقلق في كل واحدة منها، يتأتى منها إجراء فيه تثبيط دائم، أي التثبيط الإشراطي.

وقد أدى نجاح عملية تثبيط القلق عند الحيوان بوساطة الطعام إلى التفتيش عن وسيلة تبدو متماثلة عند الكائنات الإنسانية. فالطعام بدا وسيلة فعّالة عند الأطفال الصغار في تثبيط القلق كما بينت ذلك ماري جونس في علاجها للأطفال المرهوبين، إلا أن هذه الوسيلة لا تبدو مناسبة عند الكبار. ثم هناك الاستجابات الانفعالية التي تحدث في الحياة اليومية (كالغضب مثلاً)، والتي تُعطينا التفسير العقلاني لحالات كثيرة تمَّ الشفاء بها من المخاوف اللاتكيُّفية خاصة عند الأطفال (ماكفرلاند وهونزك ١٩٥٤).

ويطلعنا شيرنيغتون (١٩٠٦)، وهو أول برهان على ذلك، كيف أن إثارة منعكس لمجموعة عضلية يرافقه تثبيط لمجموعة عضلية معاكسة للأولى. ومنذ ذلك الاكتشاف تبيَّن أن التعصيب المعاكس Reciprocal innervation هو نشاط قائم في جميع مستويات الوظيفة العصبية.

وفي الميدان العلاجي نجد أن مجال التثبيط المعاكس لا يقتصر فقط على عادات استجابات القلق، ولكن على العادات المعرفية اللاتكيفية أيضاً. وقد وصف لنا «لوريت» (١٨٤٦) في علاجه للبائع الذي عانى من عُصاب وسواسي شلَّه عن العمل، كيف أنه طلب إليه أن يقرأ ويحفظ منظومات شعرية كل يوم لقاء مكافأة تتضمن وجبات فاخرة من الطعام في المستشفى. وبعد علاج من هذا القبيل دام ثلاثة أسابيع، انحسرت الأفكار الوسواسية بنسبة ٩٠٪ (التثبيط المعاكس للوساوس المعرفية بحفظ الأشعار والانشغال بها). كما أن الأساس في التثبيط الإشراطي للعادات الوسواسية الجبرية هو العلاج التكريهي المنفِّر Aversive Therapy (سنرى ذلك فيما بعد). فإعطاء صدمة كهربائية مؤلمة فارادية (نسبة إلى الفاراد وهو وحدة السعة الكهربائية) من شأنه تثبيط السلوك غير المرغوب فيه.

ثم إن عملية استبدال عادة حركية غير مرغوب فيها بأخرى هي عملية أكثر فعالية، لأن إثارة الاستجابة الحركية الجديدة تثبط العادة الأولى القديمة، مثالنا على ذلك سلوك تأكيد الذات والتعبير عن المشاعر السلبية.

وقد اتضح من خلال التجارب على الحيوانات أن الحيوان الذي يُعرَّض إلى صدمة كهربائية مستمرة، ويوقف توجيه الصدمة إليه عندما يقفز في الهواء، فإن هذه الاستجابة الحركية تُضعف عند الحيوان الاستجابة التخوُّفية من المنبه الذي يتعرَّض له.

ولهذه التجربة تطبيقات علاجية إكلينيكية عند الإنسان. إذ نطلب من المريض أن يتخيل الموقف الذي يخيفه أو يقلقه (إثارة قلقية خفيفة) ثم

نوجه إلى ساعده (اليد) صدمة فرادية كهربائية خفيفة، ولا نوقف الصدمة الكهربائية إلا عندما يثني ساعده بقوة. ففي علاج ناجح لحالة رُهاب ساح شديد القوة كانت هناك حاجة إلى ثني الساعد بمعدل ٢٠ صدمة كهربائية (٢٠ مرة ثني الساعد) من أجل إضعاف استجابة قلق هذا الرهاب، حتى تصل شدة الاضطراب إلى الرقم صفر (زوال الخوف تخيلياً) على سلم مواقف شدّات الخوف الهرمية المتدرجة. وبصورة مماثلة يمكن إضعاف قلق الخوف العائم Free Floating anxiety.

إن الآلية المفسرة لهذا التبدل في استجابة القلق من خلال توجيه الصدمات الخارجية هي **التثبيط الإشراطي القائم على التثبيط الخارجي**، وإذا صح هذا الافتراض فإن المنبهات الصادرة عن الوسائل العلاجية الأخرى يجب أن تكون قابلة للاستعمال بهذه الطريقة، من أجل تحقيق الأغراض العلاجية. فالقيمة الخاصة للإثارة الكهربائية تكمن في **سهولة استخدامها وفي السيطرة على مدتها وقوتها**.

التثبيط الإشراطي القائم على التثبيط ما وراء الحدِّي

إذا ما تعرض حيوانٌ ما إلى منبه إشراطي بشدات متزايدة، نجد أن شدة الاستجابة تتزايد إلى الحدِّ الذي تصل فيه إلى الخط المقارب، أي تبقى هذه الشدة في مستوى الذروة، بصرف النظر عن مقدار قوة المنبه. وعندما تصل الاستجابة إلى ذروتها العظمى في القوة **تصبح إثارتها عكسية، فتأخذ بالتضاؤل والضعف في الشدة رويداً رويداً عندما تتزايد شدة المنبه**. وقد سمى بافلوف (١٩٢٧) هذا النوع من التثبيط للاستجابة بالتثبيط ما وراء الحدِّي Transmarginal. وبتعبير آخر: **عندما يتمُّ** تجاوز عتبة التثبيط ما وراء الحدّي فإن **قوة الاستجابة تتضاءل تضاؤلاً شديداً عندما تستمر الزيادة في قوة المنبه**.

إن لهذه الظاهرة تطبيقات علاجية إكلينيكية مهمة في تقنية نسميها الإغراق Flooding؛ أي في تعريض المريض وبدون تدرج إلى الموقف المثير للقلق الشديد، ولمدة طويلة نسبياً، فنرى **حالات تضاؤل في القلق**، وهذا ما سنشرحه في فصل لاحق.

ونشير هنا إلى ناحية مهمة هي أن **تناقص القلق** يمكن أن ينتج بفعل تعريض المريض تعريضاً مديداً إلى المنبه المثير للقلق القوي نسبياً، وهذا ما نجده في عملية الإغراق Flooding. إلا أن **إضعاف** استجابات القلق لا يكون دوماً نتيجة التعرض للمنبه **الإشراطي وحده**، وهذا لا يحدث أبداً في عُصابات المخبر، وكذلك لا يحدث غالباً في العُصابات البشرية، . إذ لا بد من **وجود عامل آخر** في إضعاف المنبه المثير للقلق؛ **وهو التعوُّد** كما فسَّر ذلك لادر (١٩٦٨). فالتعوُّد بنظر لادر هو إضعاف الاستجابة الناجمة عن منبه، وذلك عندما يتمُّ التعريض للمنبه تعريضاً متكرراً.

إلا أن إيفانس يرى نقيض ما يراه لادر (١٩٧٣). ففي التعود تختفي الاستجابة تارة وتنعدم، ثم تعود إلى الظهور ثانية بعد راحة أو بفعل تبدُّل المنبه (سوكولون ١٩٦٣). ولعل الموقف يتضح أكثر إذا قبلنا بالافتراض القائل أن تناقص القلق يكون بفعل التثبيط المعاكس وليس بحكم التعوُّد.

وهناك ماركس الطبيب النفساني الشهير (١٩٨١) الذي يرى أن التعرض للمنبه المثير للقلق هو أساس العلاج، لأنه يقود إلى تعوُّد المريض عليه، ولكن بطريقة لم يفسرها ماركس.

وبالطبع نحن لا ننكر أنه لا بدَّ لنا، لإزالة الإشراط الكلاسيكي، من تعريض المريض إلى المنبه المسبب للاستجابة الإشراطية، ولكن التعريض وحده، أو بالأحرى جميع أنواع التعريض ليس علاجياً، ذلك أن

التعريض يسبب في بعض الأحيان زيادة القلق بدلاً من إضعافه.

أما باندورا (١٩٧٧) فيرى أن إزالة العُصاب القلقي لا تكون بفضل إضعاف القلق بصورة مباشرة (أي التثبيط المعاكس)، ولكن بفعل توسط الفعالية الذاتية **Self - efficacy**.

إن هذا الافتراض صحيح بالنسبة إلى المخاوف المنخفضة القوة؛ مثل الخوف من الكلام أمام الناس. إلا أن باندورا يعمم نظريته على جميع المخاوف الكلاسيكية، وهذا ما لا يمكن قبوله لأنه يلغي جميع المعطيات التجريبية والسريرية لأسباب المخاوف وأصولها. إذ كيف بإمكان الفعالية الذاتية أن تكون لها علاقة بالخوف الذي يثيره رباط مبلل بالدم، أو الخوف من طائر ميت في إناء زجاجي، أو خوف مريض من تسرع قلبه؟ فالتعامل مع هذه المخاوف لا ينسجم مع الواقع، ولا يرتبط بنظرية باندورا.

اضطراب الجزع Panic disorder

إن جميع الأبحاث التي تناولت اضطرابات الجزع (نوبات الجزع) تفترض أن أسبابها تعود إلى **عامل واحد**. وعلى صعيد الواقع، إن لنوبات الجزع تصنيفين: الأول النوبات البدنية، والثاني النوبات الراجعة الناكسة Recurrent التي تتضمن بذاتها اضطراب الجزع. فالنوبات الأولية أو البدئية **ذات أساس** بيولوجي أو نفسي، أما معظم النوبات الجزعية الراجعة **الناكسة فهي إشراطية كلاسيكية**. وهناك بعض الاستثناءات يكون فيها سبب معظم النوبات الناكسة تكرار الحوادث البيولوجية التي سببت نوبات الجزع الأولىٰ (كداء منيير كما سنرى فيما بعد).

ويُعرَّف الجزع كما جاء في كتاب DS M - IV بالتالي:

«يتَّصف اضطراب الجزع بكونه اضطراباً راجعاً، وتحدث نوباته في

أوقات غير متوقعة، ويصعب التنبؤ بأوقات حدوثها. وتتضمن نوبة الجزع عادة الشعور بقرب حدوث شر مستطير شديد، وخوفاً وانزعاجاً مفاجئاً بدون سبب ظاهر محدد».

ونوبات الجزع تختلف عن ارتكاسات القلق المحددة التي تثيرها منبهات معينة؛ كالخوف من الظلام أو الحيوانات الخ... كما أنها تختلف عن القلق المعمم Generalized anxiety. فالأولى اشتدادية Paroxysmal، بينما يكون القلق المعمم حاضراً مستمراً لأشهر أو سنين، متذبذباً في الشدة.

وهناك تفسير للجزع بأنه من نتاج فرط الأدرينالين المرتبط بشكل ما باضطراب مرضي في استقلاب اللاكتات Lactate (اللبنات ـ مشتقة من اللبن ـ)، والذي يؤثر بدوره على الجملة العصبية المركزية (شيهان ١٩٨٢). وطبقاً لذلك يستند علاج نوبات الجزع على الأدوية المضادة للاكتئاب الثلاثية الحلقة، أو بمثبطات أحادي أمين الأكسيداز MAOI، ولكن هذا الافتراض غير مدعم بالبراهين، رغم أن العلاج النفساني لاضطراب الجزع ما زال يعتمد على تلك الأدوية. فالدواء المختار في علاج هذا الاضطراب هو الأميبرامين أو كلوميبرامين. والمشكلة في العلاج الدوائي من هذا الصنف أن المريض تعاوده نوبات الجزع عندما يتوقف عن تعاطي الأميبرامين بنسبة ٨٦٪ خلال ثلاثة شهور عن التوقف عن تعاطيه (شيهان ١٩٨٢). والتفسير بسيط لهذه الظاهرة؛ فدواء الأميبرامين أو غيره له صفة تخفيف الأعراض، وهو على غرار الأسبرين يخفض الحرارة ولكنه لا يسيطر على أسباب ارتفاع الحرارة.

وهناك عوامل تعجّل في ظهور هجمة الجزع الأولى، وهي عوامل عضوية ونفسية:

١ ـ الأسباب العضوية:

أ ـ ونحصرها بالتالي: الأمفيتامينات، الحشيش ومشتقاته، الكوكائين، والمستحضر LSD (المهلوس). هذه المواد كلها تولِّد القلق، وتعجِّل أحياناً في ظهور نوبة الجزع (هوفمان ١٩٦٣). ثم إن القلق الذي يتصاعد ليصل إلى مستوى الجزع يظهر في أعقاب التخلُّص المفاجىء من بعض الأدوية والعقاقير، مثل الكحول، ومضادات الاكتئاب والبربيتوريات، والبنزوديازبينات. وعلينا ألا نغفل أيضاً بعض الملوثات الصناعية المحدثة لنوبات الجزع.

ب ـ الاضطرابات الطبية: انخفاض سكر الدم، فرط نشاط الدرق، ورم الكظر الذي يحدث فرط تصنيع الكاتيكولانيات (الأدرينالين)، صرع الفص الصدغي، تدلي صمام القلب التاجي (أحياناً)، ولا يوجد هناك برهان قاطع بالنسبة إلى العلَّة الأخيرة. إن هذا يفرض علينا أن ننفي **العامل العضوي في نوبات الجزع** قبل التفكير بأي علاج سيكولوجي للجزع.

جـ ـ الأمراض العضوية: مثل متلازمة منيير Meniere (وهو اضطراب يأخذ صورة نوبات دوار دهليزية المنشأ ـ في الأذن الوسطى ـ) وتسرُّع القلب الاشتدادي Paroxysmal tackycardia وهما الاضطرابان الشائعان اللذان يحدثان نوبات الجزع ذات المنشأ العضوي.

وهذه الأمراض المحدثة لنوبات الجزع الإشراطية فيما بعد، يمكن السيطرة عليها من خلال تصحيح تفسيرات المريض لها، وطمأنته بأنها ليست خطرة.

فالمريض المصاب بداء منيير إذا ما تعرض لنوبة الدوار وهو يسير

في الشارع فإن المنبهات المجاورة القريبة تصبح إشراطية، مثيرة للقلق، وتصبح في المستقبل الأساس لرهاب الساح، فيخاف من الخروج إلى الساحات العامة، وقل الشيء نفسه عن تسرُّع القلب. فتسرع القلب الاشتدادي يتميز إكلينيكياً بسرعة معدل ضربات القلب لتصل أحياناً إلى ٢٥٠ ضربة في الدقيقة، إضافة إلى حدوث سلسلة مستمرة من الضربات القلبية الهاجرة Ectopic beats تدوم عدة ثوانٍ أو ساعات. فالمريض الذي يتعرَّض لهذه النوبة التسرعية القلبية ينتابه خوف شديد يصل إلى حد الجزع من أن يتوقف قلبه ويموت. والخوف يصاحبه أحياناً إشراطات بالمنبهات المجاورة تثير عنده فيما بعد استجابات الخوف. ولتوضيح ذلك أمثِّل بالحالة التالية التي هي من مشاهداتي الإكلينيكية [محمد حجار].

مريض يعمل محاسباً في إحدى المؤسسات الخاصة، بينما كان منخرطاً في عمله شعر بإحساس غريب في صدره، صاحبه تسرُّع في ضربات القلب. على الفور تواردت إلى ذهنه أفكار كارثية مفادها أن قلبه قد يتوقف، وسرعان ما تصاعد القلق ووصل إلى مستوى الجزع. وفي تلك اللحظة وقع نظره على أشعة الشمس، وهي تنفذ بلمعانها إلى داخل غرفته. ومنذ ذلك الوقت أضحى أسير القلق اللاتكيُّفي الصادر عن منابع مختلفة متعددة. فتارة يصيبه القلق من جراء اشتداد نوبة ضربات القلب المتسرعة، وتارة أخرى يُثار خوفه عند رؤيته لأشعة الشمس المقترنة سابقاً بتسرُّع قلبه، وجزعه الكبير من أن يموت (كان يتحاشى السير في الشوارع التي تنيرها أشعة الشمس).

وهذا يعني أن خوفه يندرج ضمن المخاوف المعرفية الناجمة عن تفسيره الخاطىء لتهديدات اضطرابات قلبه. لذا فإن علاج مثل هذه

الحالات الجزعية يكمن في تثقيف المريض وطمأنته بأن ضربات قلبه حميدة وليس فيها أي تهديد أو خطر على حياته. وينطلي الأمر نفسه على المريض بداء منيير، وكذلك جميع الاضطرابات العضوية المثيرة للجزع، والناجمة عن سوء تأويل المريض لنتائج هذه الاضطرابات.

٢ ـ الأسباب النفسية لنوبة الجزع الأولى.

يكون مصدر النوبة الأولى، في معظم حالات الجزع، ناتجاً عن حوادث نفسية بحتة. وتأتي النوبة نتيجة تعاظم القلق وارتفاع وتيرته وحدته وطول مدته، ويكون تركيب المريض ميالاً للقلق، مفرط الحساسية بفعل تعرُّضه للتوترات والشدات؛ مثل قيادة السيارة على طريق دولي ليلاً.

وتحدث نوبة الجزع عادة في أي موقف باعث على القلق والتوتر عند أمثال هؤلاء الأشخاص، أي **الذين لديهم مخزون كبير من القلق**، كالأفراد الذين يتعرَّضون إلى توترات مهنية وأسرية، وضواغط زوجية، وضائقات اقتصادية مقلقة، أو النكبات في الوفيات. واتضح أن ٨٤٪ من الأفراد الذين يعانون من رُهاب الساح ونوبات الجزع سبق لهم أن تعرضوا لصراعات زوجية حادة في السنة التي سبقت إصاباتهم بنوبات الجزع.

الدور السببي لفرط التهوية الرئوية

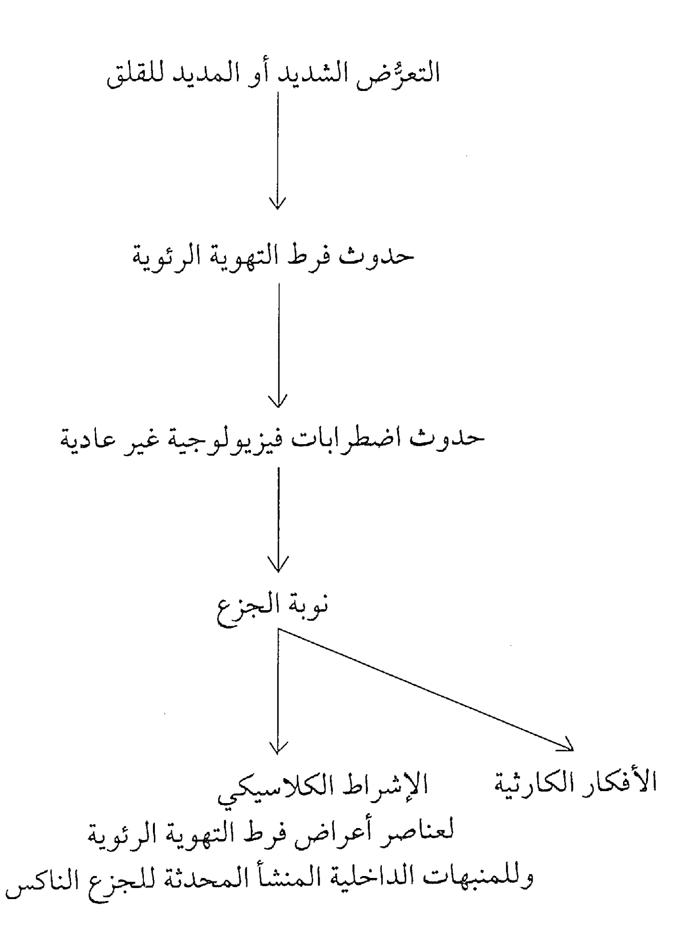
عندما يتصاعد القلق في موقف باعث على الخوف يحدث عند بعض الأفراد تزايد في سرعة التنفس، بفعل فرط التنبيه للحملة العصبية الودِّية، مما يؤدي إلى حدوث ما نسميه في الطب فرط التهوية الرئوية Hyperventilation. ويترتب عن هذه الحالة النشطة من فرط التهوية

الرئوية حدوث اضطرابات فيزيولوجية مرافقة تأخذ صورة الأعراض التالية: ضيق التنفس، الدوار، الشعور بالخدر الحسي في الأطراف، تسرُّع ضربات القلب، ورجفان. إن هذه الأعراض ذاتها تعدُّ منبهات جديدة فتصبح إشراطية بعد التعرض للنوبة الأولى، ويفسرها المريض على أساس **أعراض منذرة، مهددة لحياته**.

وتأتي نوبة الجزع في أعقاب بدء إحساس الشخص بالأعراض البدنية الآنفة الذكر (بارلو ١٩٨٦). وليس من الضروري أن يشعر المريض بجميع هذه الأعراض، فأحياناً يشعر بالدوار فقط، وباقتراب فقدان الوعي، أو بضيق التنفس والشعور بالاختناق، أو بتسرُّع القلب، أو بالخدر الحسي..

وبعد بدء هذه الأعراض والخوف منها، تأتي نوبة الجزع رداً على الخوف من الموت بتوقف القلب، أو بفقدان الوعي والجنون، ثم تليها **الأفكار الكارثية** المتمثلة بالتحدث مع الذات السلبية. فالأحاديث الذاتية الكارثية ليست هي التي تولِّد نوبة الجزع، ولكن الجزع بذاته هو الذي يولِّد الأفكار الكارثية التي ذكرناها. ويمكننا هنا أن نوضح نوبة الجزع بالشكل التالي:

آلية نوبة الجزع



علاج نوبة الجزع

لدينا ثلاث طرائق رئيسية لعلاج نوبة الجزع :

١ ـ **الطريقة الأولى** : تتمثل في منع تزايد القلق ليصل إلى أعراض فرط التهوية الرئوية التي تؤدي إلى حدوث الأعراض البدنية التي ذكرناها . ويكون ذلك بأن نعلِّم المريض **التنفس من أنفه وإغلاق فمه** عند بدء شعوره بالأعراض البدنية، وذلك في محاولة لإجهاض حدوث الأعراض البدنية المولِّدة لنوبة الجزع . وبهذه التقنية نكون قد اقتصرنا على إجهاض نوبة الجزع من غير أن نزيل القلق المولِّد لتصاعد الأعراض . فالمعالجة بهذه الطريقة تعتمد على **تفادي حدوث أعراض فرط التهوية وإجهاض نوبة الجزع** .

٢ ـ **الطريقة الثانية** : هي باستحداث نوبة فرط التهوية الرئوية (التعريض للمنبه المزعج المولِّد لنوبة الجزع) وذلك أن نطلب من المريض أن **يتنفس بسرعة ولمدة ٩٠ ثانية** حين شعوره بقرب حدوث فرط التهوية وبأعراض الاضطراب البدني، ويكون عليه أن يغلق فمه ويتنفس من أنفه . وبهذا التعريض، وبالسيطرة على تزايد فرط التهوية (الإحساسات التي تسبق نوبة الجزع) وإجهاض النوبة بإغلاق فمه والتنفس من أنفه، نكون قد علَّمنا المريض مهارات الإجهاض **وإضعاف تخوُّفه من الأعراض بفعل التعريض المتكرر لفرط التهوية الرئوية** .

٣ ـ **وتتم الطريقة الثالثة** بمعالجة القلق نفسه الذي يسبب نوبة الجزع . ونحن هنا أمام معالجة جذرية وليس معالجة الأعراض . ويحسن أن نذكر في هذا السياق استخدام مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين وجعل المريض يستنشق هذا المزيج وفق معايير دقيقة، لإحداث أعراض

التهوية الرئوية، وجعل المريض ينزعج كثيراً لفترة زمنية معينة ومن خلال التعريض لهذا المزيج المزعج المحدث لضيق التنفس، نضعف عنده الخوف من أعراض فرط التهوية الرئوية (إزالة الخوف بالتعريض لفرط تهوية صنعي).

ويمكن أيضاً اتباع هذه التقنية في علاج عُصاب القلق ذاته، بجعل المريض يتخيل إحساسات نوبة القلق، ثم نثبط هذه الإحساسات بمنبه مزعج قوي؛ وهو استنشاق هذا المزيج، مما يؤدي إلى إضعاف استجابة القلق.

هذا وإذا كانت نوبات الجزع الإشراطية ناجمة عن أسباب عضوية، كداء منيير أو اضطرابات قلبية اشتدادية، فلا بدَّ من علاج الدوار الذي يأتي نتيجة الإصابة بداء منيير بالأدوية. أما اضطرابات القلب النظمية فتعالج أيضاً بإزالة الأفكار الكارثية، وطمأنة المريض بعدم خطورة هذه الاضطرابات.

العلاج السلوكي للاضطرابات النفسية ـ البدنية (السيكوسوماتية)

من المعلوم أن الاضطرابات الانفعالية تُحدث نشاطاً مفرطاً في الجملة العصبية الإعاشية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث اختلال عصبي وظيفي في بعض أجهزة البدن، بحيث تكون أعراض الاختلال في بعض الأحيان شالّة لنشاط الفرد، أو أنها تُحدث آفات عضوية عندما يكون الاضطراب الانفصالي مُزمناً.

من بين الاضطرابات العضوية النفسية المنشأ: الربو القصبي، والقرحة المعدية، وتهيج القولون، والشقيقة (الصداع الوعائي)، وارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، والتهاب الجلد العصبي Neurodermatitis.

ونحب هنا أن نوضح أن العامل النفسي لا يكون المسبب الأول في الاضطرابات العضوية التي ذكرناها، بل هو **عامل وسيطي مساعد**، ذلك لأن هناك عوامل أخرى تتضافر في خلق الآفة العضوية.

ويُعدُّ القلق أحد العوامل المسببة لهذه الأمراض. فعندما تكون الاستجابة الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية في عضو معين قوية، فإن فرط النشاط العصبي في ذلك العضو يؤدي إلى خلل وظيفي فيه لدرجة الإصابة بالمرض العضوي. فهناك مثلاً ردُّ الفعل المَعِدي Stomach reaction، ورد الفعل الأنفي، ورد الفعل النبضي القلبي، ورد الفعل بضغط الدم الخ...

وهناك ما يبرهن أنه عندما يتضاءل القلق يتضاءل معه رد الفعل العصبي، وبالتالي يضعف الارتكاس المرضي العضوي. ويكون هدف العلاج السلوكي هنا مساعدة المريض على التغلُّب على عادة القلق المسبب لهذه الاضطرابات العضوية.

أ ـ تقنيات العلاج السلوكي

يتضمن العلاج السلوكي الأخذ بالمعطيات الخاصة المثبتة بالتجربة، والمرتبطة بالعملية التعلمية، لعلاج العادات المتعلمة اللاتكيُّفية المستمرة.

وكما ذكرنا يتمُّ إضعاف القلق بخلق استجابة منافسة معاكسة مشبطة. وإذا كان الطعام هو الاستجابة المنافسة المضادة الملائمة عند الأطفال وحيوانات التجربة، فإن هناك العديد من الاستجابات المناهضة للقلق يمكن استخدامها عند الكبار مثل: **الاسترخاء والاستجابات الجنسية والبيشخصية**. فالاسترخاء العضلي المتصاعد Progressive relaxation

ينتج عنه هدوء ذاتي، الهدوء الذي يمكن تحقيقه بوساطة التدريب على توليد الأفكار الذاتية الخالقة للاسترخاء، والتنويم الذاتي الاسترخائي، والإيحاء والتأمل.

والتدريب على الاسترخاء هو الاستجابة المناهضة للقلق التي نستخدمها في العلاج المسمى بإزالة التحسس المنهجي Systematic Desensitization.

وفي هذه التقنية (التي سنشرح تكنيكها بالتفصيل فيما بعد) يتعيَّن على المعالج أن يتخيل المواقف المولدة لقلقه ومخاوفه (التعريض لها) وهو بحالة استرخاء (الاستجابة المناهضة للقلق). ومن خلال تناوب التعريض والاسترخاء المعاكس للقلق نجد في غالب الأحيان أن الاستجابة التخوفية قد تضاءلت مع هذا التكرار التعريضي لتصل الاستجابة إلى درجة الصفر (زوال الخوف).

ولنضرب مثلاً على ذلك للتوضيح: لعلاج المريض الذي يشكو من خوف اجتماعي، والذي يتصاعد قلقه عندما يتزايد عدد الأفراد الذين يجتمع بهم في الغرفة التي يجلس فيها، نطلب إليه أن يتخيل وجوده مع شخص واحد. وبعد عدة تعريضات تخيلية يتناوب فيها التعريض مع الاسترخاء نجد أن قلقه قد انخفض، ووصل إلى مستوى الصفر. بعدئذ نلجأ إلى زيادة عدد الأفراد الذين هم بصحبة المريض، ويتمُّ التعامل معهم تخيلياً كما ذكرنا، إلى أن يزول القلق من اجتماعه بالناس أو يضعف إلى حدٍّ كبير. وعملياً نجد أن إضعاف هذا القلق تخيلياً ينتقل إلى المواقف الحياتية فيتضاءل تحسس المريض من خوفه من الناس إلى حدٍّ كبير. بعد ذلك يجب تعريض المريض حياتياً ومباشرة للمواقف التي تزعجه (الاجتماع بالناس)، وهذا ما نسميه بالتعريض الحياتي Vivo exposure

لإطفاء الخوف الاجتماعي.

بالنسبة إلى الأفراد الذين تكون **قدراتهم التخيلية** ضعيفة فلا بد هنا من اللجوء إلى إزالة التحسس من **الخوف ميدانياً وبصورة متدرجة** مباشرة.

أما الأفراد الذين يبدون الخوف من التعبير عن آرائهم ومطالبهم خشية النقد وعدم القبول، فإن التقنية المناسبة لهم هي تأكيد الذات Self-assertiveness، أي تدريبهم بوظائف حياتية ينفذونها تعبيراً عن **آرائهم وتأكيداً لذواتهم**، فالقلق هنا يزول بهذه الاستجابة التأكيدية. وفي حالات رهاب الساح أو غيره هناك طريقة أخرى ترتبط بالتفسير الذي شرحناه سابقاً (الاستجابة القلقة التي تتجاوز العقبة الحدِّية) نسميها الإغراق Flooding. في هذه الطريقة نثير الاستجابة التخوفية إثارة عالية الشدة، بدون تدرُّج بالتعريض المباشر للعنصر المثير للخوف، ولفترة طويلة نسبياً، ودفعة واحدة ـ حوالي ساعة أو أكثر ـ حسب الجرعة التعريضية التي يتحملها المريض في سعيه إلى مواجهة هذا الموقف بأكثر ما يستطيعه من السيطرة على النفس والاسترخاء. وتبدو هذه الطريقة فعّالة أيضاً في علاج العُصاب الوسواسي ـ الجبري (الخوف من التلوُّث بالقذارة أو الجراثيم) حيث نطلب إلىٰ المريض لمس الأماكن التي يخاف منها، ونمنعه من غسل يديه.

وهكذا نرى أن هناك تقنيات متعددة في العلاج السلوكي الرامي إلى تثبيط الاستجابة القلقة باستجابة منافسة مزاحمة مضادة. وهذه التقنيات **تتراوح بين الاستجابة الاسترخائية المعاكسة للقلق، والاستجابات الحركية المنافسة للاستجابات الحركية اللاتكيفية (ثني الساعد بالتنبيه الكهربائي)، وتقنية** تأكيد الذات، وتقنية الإغراق.

ويمكننا القول إن نجاح العلاج السلوكي في علاج العُصابات النفسية تتراوح نسبته بين ٨٠ ـ ٩٠٪ من هذه العُصابات. ونقصد بالنجاح **الشفاء أو التحسُّن الواضح دون انتكاس**. وهذه النسبة لا نجدها في أي مدرسة علاجية أخرى إطلاقاً. فنسبة نجاح العلاج التحليلي الديناميكي الفرويدي تتراوح بين ٣٥ ـ ٤٥٪ من الحالات العُصابية مع نسبة انتكاس كبيرة تصل إلى ٦٠٪ من الحالات المعالجة، بينما لا تتعدى الانتكاسات في العلاج السلوكي المنفذ بأيدٍ ماهرة خبيرة متمرِّسة نسبة ١٠ ـ ١٥٪ من الحالات عموماً (ولبي عام ١٩٦٤). وهكذا لا نجد أي نظام علاجي نفسي لاسلوكي تجاوز هذه النسبة (ولبي ١٩٦٤).

من ناحية أخرى، إن الاستجابات الناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية الخارجة عن سياق القلق هي أيضاً الأساس للمرض العضوي النفسي المنشأ، ولا سيما حالات الربو (ونقصد بهذه الإثارة العصبية وجود فرط تنبيه في الدماغ المتوسط بسبب آفة، الأمر الذي يزيد من اختلال وظيفة الجملة العصبية الإعاشية). وهنا تبرز أهمية علاج التغذية البيولوجية الراجعة (العلاج الفيزيولوجي ـ النفسي)، حيث أن فرط تنبيه الجملة الإعاشية قد يكون مصدره القلق، أو آفة عضوية، حينئذ لا بد من معرفة مصدر المرض العضوي النفسي؛ أهو نفسي أم سببه آفة عضوية؟. فقرحة المعدة مثلاً قد يكون سبب فرط الحموضة فيها عائداً إلى التوترات أو القلق المزمن، أو آفة في الدماغ المتوسط، تنشِّط الجملة العصبية الإعاشية وتخلُّ من توازنها. وهنا يتعين على المعالج أن ينفي العامل العضوي في الاضطراب أولاً، قبل الحكم على الحالة.

تحليل السلوك

يُقصد بتحليل السلوك معرفة المنبه للارتكاسات العُصابية، أي

بتعبير آخر الكشف عن المنبه الذي يثير الاستجابة العُصابية الإشراطية، ومثل هذا الكشف هو أساسي في جميع ضروب العلاج السلوكي. وعند معالجة الاضطراب النفسي ـ البدني (السيكوسوماتي) يتعيَّن على المعالج معرفة **العلاقة القائمة بين مجموعة الاستجابات السلوكية** النوعية والأعراض العضوية. وليعلم القارىء أن المريض الذي يشكو **من قلق عُصابي وربو قصبي فذلك لا يعني بالضرورة أن اضطرابه النفسي هو المسبب لمرض الربو.**

يبدأ تحليل السلوك بجمع شكاوى المريض وترتيبها من قِبَل المعالج. ويتعين على المعالج أن **يتقصى السيرة المرضية لكل شكوى على حدة، وتتبع مسارها وارتباطها بالظروف التي تحيط بالمريض.** فمن المهم في الاضطرابات السيكوسوماتية معرفة نوع **المواقف وارتباطها بشدة الشكوى السوماتية**، وأيضاً معرفة **ما إذا كان القلق سابقاً لهذه الشكوى، أو نتيجة لها**، أو الاثنين معاً. وإذا ثبت دور القلق في الشكوى السوماتية (العضوية)، فمن الضروري معرفة فيما إذا كان القلق يظهر بصورة آلية أوتوماتيكية رداً على منبهات، أم أنه يبرز نتيجة تصورات ومفاهيم خاطئة Misconceptions، وبالطبع فإن مثل هذه المعلومات تؤثر تأثيراً كبيراً على أسلوب العلاج وطريقته.

إن تحليل استجابات المنبه تتبعه عادة السيرة المرضية ـ الاجتماعية للمريض التي توضح التالي:

١ ـ الشكوى الحالية (أو الشكاوى)، تكرارها، مدتها، شدتها.

٢ ـ بدء الشكوى، وسببها، والعوامل التي أحاطت بظهورها وسيرها.

٣ ـ نشأة المريض والظروف الأسرية التي عاشها، والعلاقات القائمة بين الأبوين والأولاد، وبين الوالدين نفسيهما وما فيها من وئام أو تنافر.

٤ ـ التحصيل الدراسي ومدى تكيُّف المريض في بيئته المدرسية.
٥ ـ الأمراض العضوية التي أصيب بها، والرضوض الجسدية أو الحوادث التي تعرض لها (البدنية).
٦ ـ الأمراض البدنية والعصبية والنفسية في العائلة؛ أصولها وفروعها عند الإخوة والأخوات، وأسرة الأب والأم.
٧ ـ المهن التي زاولها المريض، وأسباب تعددها (إن وجد هذا التعدد).
٨ ـ حياة المريض العاطفية، ونشاطه الجنسي، وعلاقاته الاجتماعية.
٩ ـ الهوايات والعادات (مثل التدخين وتعاطي المخدرات والأدوية).
١٠ ـ العلاجات السابقة التي تلقاها.
١١ ـ وصف المريض لذاته.
١٢ ـ نتائج الاختبارات الإكلينيكية التي خضع لها (اختبارات الشخصية ومستوى الذكاء).
١٣ ـ تحديد التشخيص، ودرجة شدة الاضطراب.
١٤ ـ الخط القاعدي في أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة.

هذه هي بنود المقابلة الإكلينيكية الأولى، والمعلومات التي لا بد أن يحصل عليها المعالج من المريض، ومن أسرته إذا اقتضى الأمر.

ونحصر علاجنا للأمراض السيكوسوماتية بالعلاج الطبي السلوكي بالأمراض التالية:

أ ـ الربو القصبي.
ب ـ ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.
جـ ـ الصداع الوعائي والتوتري.
د ـ الاضطرابات الجلدية.
هـ ـ الاضطرابات الهضمية.

(١) الربو القصبي ASTHMA

ينجم الربو القصبي عن مسببات متعددة ومتبادلة في التأثير. فهناك مسببات تحسسية (خارجية)، وخماجية ـ أي التهابية بكتريائية أو فيروسية ـ وإنفعالية، وميكانيكية. ويحسن تصنيف مرضى الربو إلى صنفين:

- الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي مسبق لهذا الاضطراب.
- الأفراد الذين لا يحملون الاستعداد الوراثي.

علماً بأن العوامل النفسية تلعب دوراً أكبر لدى أفراد الصنف الثاني.

العلاج النفسي السلوكي للربو القصبي

أجرت نورا مور (Norah Moore ١٩٦٥) أول دراسة علاجية سلوكية، استخدمت فيها ثلاثة أنواع من العلاج السلوكي، وقارنتها مع عينة ضابطة تجريبية. النوع الأول: التثبيط المعاكس أو إزالة التحسس وفق طريقة ولبي Wolpe. والنوع الثاني: العلاج الاسترخائي. والنوع الثالث: الاسترخاء مع الإيحاء. وكانت المقولات هي تبدل عدد النوبات الربوية اليومية، وذروة جريان الأعظمي للهواء المستنشق.

وخلال الأسابيع الأربعة الأولى من العلاج كان التحسن يشمل الفئات الثلاث التي عولجت بالأساليب الثلاثة التي ذكرناها، إلا أن الفئة التي عُولجت بالتثبيط المعاكس استمر تحسنها، بينما تراجع التحسن في الفئتين الأخريين. وبعد ثمانية أسابيع من بدء المعالجة كانت النتائج الأفضل في صالح فئة التثبيط المعاكس وكان التعامل هنا يتمُّ مع القلق لأنه العامل الفعّال في نوبات الربو.

إذن يتضح لنا أن التعامل مع الربو القصبي يبدأ أولاً في التأكد من أن القلق هو المسبب لنوبات الربو. وإذا كان الأمر كذلك، حينئذ يتعين إجراء التحليل السلوكي لمعرفة العوامل المسببة للقلق (أي المنبهات المثيرة لاستجابات الربو).

(٢) علاج فرط التوتر الشرياني الأساسي

حتى الآن لا نعرف تماماً العوامل المسببة لارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي، إلا أنه من الثابت عند كثير من المرضى أن العوامل الخارجية البيئية تلعب دوراً مهماً في حدوث الاستجابة الإشراطية القلبية ـ الدورانية (أي ارتفاع الضغط). لهذا فإن أمثال هؤلاء يحتاجون إلى العلاج السلوكي لإضعاف المؤثرات البيئية المساهمة في ارتفاع الضغط.

ويقوم علاج ارتفاع الضغط الأساسي على قاعدتين أساسيتين:

ـ تعلّم الاسترخاء لتثبيط نشاط الجملة العصبية الودية الفاعلة في رفع الضغط الشرياني.

ـ التعامل مع الموترات الخارجية السببية المساهمة في رفع الضغط بالتطعيم ضد التوتر (أي اكتساب المهارات السلوكية في إضعاف تأثيرات الموترات أو الاستجابة التوترية).

هناك تجارب أثبتت إمكانية تخفيض الضغط حتى الحدود السوية إما بنصف الجرعة الدوائية المضادة لضغط الدم، أو بدون دواء بواسطة ممارسة الاسترخاء لعدة شهور (أي استواء الضغط لعدة شهور)، إلا أنَّ الاسترخاء وحده لا يضمن تخفيض الضغط الدموي تخفيضاً دائماً، فلا بد من التعامل أيضاً مع المسببات البيئية الموترة، وتبديل سلوك المريض وأسلوب حياته في تعاملاته الحياتية.

ومن الخطأ الاعتقاد أن الاعتماد على الدواء فقط يكفي في علاج ارتفاع الضغط، **فلا بد من التدريب على تقنيات التحكم بالتوتر** للسيطرة على الضغط الدموي بأقل مقادير دوائية.

(٣) علاج الصداع

من المعروف أن التوتر الانفعالي يُحدث الصداع الوعائي، والصداع التوتري Tension headache. ويُعدُّ العلاج الطبي السلوكي علاجاً مثالياً في السيطرة على هذين النوعين من الألم.

أما التقنيات المستخدمة في علاج الصداع فهي:

- أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة (جهاز تخطيط العضل وجهاز رفع حرارة اليد Temp).
- الاسترخاء العضلي المتصاعد.
- تقنية إزالة التحسس المنهجي للسيطرة على الموترات الخارجية الفاعلة في الاستجابة الانفعالية المسببة للصداع التوتري والوعائي.
- تقنية تأكيد الذات عند الأفراد الذين يظهر لديهم الصداع بفعل اضطراباتهم البيشخصية (القلق والمخاوف الاجتماعية).

(٤) الاضطرابات الجلدية النفسية المنشأ

تُحدث الاضطرابات الانفعالية ارتكاسات جلدية مرضية تُسمى التهابات الجلد العصبية Neurodermatitis. ونعدّ من هذه الاضطرابات: التهاب الجلد المنتبذ Atopicdermatitis، وفرط التعرُّق Hyperhidrosis، والحكة الجلدية العصبية، والصُداف Psoriosis.

ولكبت العدوان دوره في هذا الاضطراب. وقد أفادنا ستينر (١٩٥٣) أنه عالج ٢٥ مريضاً يعانون من حزاز مسطح Lichen Planus،

وحكة جلدية، بجعلهم يعبِّرون عن مشاعرهم العدوانية.

وأعلمنا مانوسر أنه تمكَّن من شفاء امرأة عمرها ٦٠ سنة تشكو من التهاب جلد من نوع الأكزيما، استمر عندها ست سنوات، بواسطة الاسترخاء ورفع درجة حرارة اليد بجهاز .Temp (جهاز قياس درجة حرارة اليد). وعالج ولبي امرأة عمرها ٤٠ سنة تشكو من التهاب جلد منتبذ بالإيحاء النفسي.

(٥) الاضطرابات الهضمية

أولى الدراسات المنهجية التي أظهرت العلاقة القائمة بين الانفعالات والاستجابات الوعائية والإفرازات المعدية كانت من قبل العلامة وولف (Wolff). وقد اتضح له أن الخوف يثبط إفرازات عصارة المعدة، بينما الغضب والعدوان يفعلان العكس فيزيدان من إفراز العُصارة المعدية، فترق مخاطية المعدة وتصبح هشَّة وحساسة أثناء احتقانها.

ومع ذلك فإن الأبحاث الحديثة لا تعزو القرحات المعدية إلى الاضطراب الانفعالي وحده، فهناك عوامل أخرى بيولوجية لها دورها في هذا الاضطراب، إلا أن العامل الانفعالي يلعب دور الوسيط. أما الاضطرابات الهضمية الأخرى كالإسهال المزمن العصبي المنشأ، فيمكن السيطرة عليه بالعلاجَ السلوكي كإزالة التحسس والاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة.

الفصل الخامس

تحليل السلوك

إن جميع أنماط السلوك، ومن ضمنها السلوك المعرفي **خاضعة للحتمية السببية**. ويمكن لسمة المريض وطبعه أن يتبدلا بفعل التعلُّم في كل بيئة، وفي كل تعرُّض لإثارة أو منبه، وذلك نتيجة استجابة العضوية لبعد كبير أو قليل.

وعملية تحليل السلوك هي جمع المعلومات وغربلتها، لتخدم توجيه العلاج السلوكي. وينحصر اهتمام المعالج في معرفة أسباب الكرب النفسي التي دفعت المريض إلى التماس المعالجة.

ولا بد أولاً أن يعرف المعالج إذا كان سبب كرب المريض يعود إلى استجابة متعلَّمة، أو أنه عضوي المنشأ. **فالعلاج السلوكي يهتم فقط بالاضطرابات المتعلَّمة وليس بالعضوية المنشأ**. فإذا كان مصدر الاضطراب المرضَ الذُهاني (العقلي)، فإن العلاج البيولوجي ـ الدوائي ـ هو الأساسي، وليس العلاج السلوكي.

إن غالبية المرضى الذين يقصدون العيادات للعلاج النفسي، يشكون من اضطرابات نفسية مصدرها التعلُّم، وتقع هذه الاضطرابات في تصنيف العُصاب النفسي.

وكما ذكرنا فإن شكاوى المريض الأولية تحوي استجابات عُصابية لا تكيُّفية، أو تأثيرات ثانوية لهذا القلق وهو قلق تشكَّل بفعل التعلم، ويكون هدف العلاج محو هذا التعلم العُصابي. وكي نزيل العُصاب، لا بد أولاً من القيام **بعملية تحليل السلوك**، أي بتعبير آخر **تحديد المنبهات المثيرة للاستجابة القلقية اللاتكيُّفية تحديداً دقيقاً**. ولا مندوحة من القول إن الناس في تبدل مستمر، لذا تبدو شكاويهم المرضية، ومعاناتهم، وأساليبها وطرقها، مرتبطة **بشروط المنبه**. ولذا يتعين على المعالج **طرح الأسئلة السابرة للمنبهات المثيرة لقلق المريض، وتكرار** الأسئلة بطرق مختلفة إذا ما دعت الضرورة لتحديد الوقائع المفردة.

١ ـ الكشف عن العلاقات القائمة بين المنبه والاستجابة اللاتكيفية:

يعمد المعالج في الجلسة الأولى إلى إملاء استمارة المقابلة وذلك وفقاً لما ذكرناه سابقاً في تحليل السلوك. ونكرر هنا سبر المشكلات الرئيسية التي قصد المريضُ المعالجَ بسببها، ملتمساً عونه. وهذه المشكلات هي **مخاوفه، ومتاعبه وشكاويه** والظروف التي تحيط بهذه المشكلات بدقة، وذلك للحصول على صورة واضحة لأسبابها ومحدداتها. والتقصي لا يقتصر فقط على معرفة الظروف التي خلقت المخاوف الإشراطية، ولكن أيضاً على معرفة الحوادث التي حصلت لاحقاً، وبدَّلت من أشكال الاضطراب لتجعله معمماً يشمل منبهات إشراطية أخرى من الدرجة الثانية. ويتعين على المعالج أن يتتبع القصة الإشراطية لكل عادة غير تكيفية بالطريقة نفسها.

إن هذا السبر يكشف العلاقة بين **المنبه ـ الاستجابة وتركيبها سواء أكانت معرفية** أم **إشراطية كلاسيكية**، وهذه العلاقة هي التي يقوم عليها أسلوب العلاج وهدفه.

ومن السهولة بمكان أن يُعطي المريض افتراضات خاطئة بسبب اضطرابه. فقد عزى أحد المرضى قلقه الشالَّ الشديد إلى المخدِّر الذي أُعطي له خلال خضوعه لعملية جراحية. لكن الأسئلة الدقيقة بينت أن الشدّات الاجتماعية هي سبب قلقه وليس خوفه من التخدير.

إن مهمة تحليل المنبه ـ الاستجابة قد تكون معقدة، حينما تكون هناك شكاوى أخرى غير القلق، مثل التأتأة، والسلوك الجبري أو المرض النفسي العضوي. ففي حالة الربو القصبي والاضطرابات العضوية النفسية ـ المنشأ يجب أن تكون الآفات العضوية في المنظور ولا ينبغي أن يغيب عن ذهن المعالج (العلاقة بين النفس والجسد في الاضطراب النفسي). أما الاضطرابات السيكوسوماتية فتكون من نتاج القلق عند الأفراد ذوي الاستعداد المسبق.

ومن المهم أن نعرف كيف أن القلق يرتبط باضطراب الكلام، وبالسلوك الجبري، أو بنوبة الربو، وعادة تبدو هذه العلاقة واضحة ومباشرة في مثل هذه الحالات. فمثلاً نجد أن التأتأة تزيد من شدة القلق الذي يشعر به المريض عندما يكون الشخص الذي يستمع إلى المريض غريباً عنه أو ذا صفات معينة.

وأحياناً نجد صعوبة في الكشف عن العلاقة بين الاضطراب الانفعالي وردِّ الفعل السيكوسوماتي. وقد ذكر لنا ولبي أنه عالج مريضاً يشكو من ربو قصبي، تهاجمه النوبات مهاجمة منتظمة، بعد أربع ساعات من تعرُّضه لشدّات بيئية. ولم تتضح هذه العلاقة إلا بعد المراقبة اليومية، ورصد الساعات من قبل المريض لحوادثه اليومية، وتتبع الأمر لعدة أسابيع.

وبعد أن يتم سبر ردود الفعل، وتعرف العلاقات بين المنبهات

والاستجابات العُصابية من قبل المعالج، ينتقل هذا الأخير إلى جمع المعلومات عن نشأة المريض، وسيرته الحياتية الماضية، وعلاقاته مع أسرته والبيئة الاجتماعية، وحياته المدرسية والمهنية، والعلاقة بين أفراد الأسرة والأبوين، وعلاقة الأبوين ببعضهما، وأسلوب التربية والتنشئة، وموقف المريض من العملية التربوية التي خضع لها، وموقفه من والديه وإخوانه، إضافة إلى تعرف المخاوف التي عاناها في طفولته. وبمعنى آخر إملاء جميع المعلومات التي ذكرناها في المقابلة الإكلينيكية بحذافيرها، كما يجب التعمق في سيرة المريض العاطفية، الدفء العاطفي، والعلاقة الجنسية.

وبعد أن يتم جمع المعلومات وفق البنود التي تتضمنها المقابلة الإكلينيكية يخضع إلى فحوص شخصية تشخيصية. ولعل أهم الاختبارات المستخدمة في العلاج النفسي الطبي السلوكي والطب النفسي السلوكي هي التالية:

١ ـ اختبار Willouchby الذي يسبر المخاوف والعلاقات البيشخصية.
٢ ـ اختبار منسوتا للشخصية المتعدد الوجود MMPI.
٣ ـ اختبار برنروتر Bernreuter الذي يسبر الكفاية الذاتية.
٤ ـ اختبار الخوف ويسمى Fear Survey Schedule (ولبي ولانج ١٩٦٤). الذي يسبر مخاوف المريض جميعها.
٥ ـ اختبار القدرة التخيلية للازاروس.
٦ ـ الخط القاعدي ونوعية البروفيل النفسي ـ الفيزيولوجي للمريض على أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة.
٧ ـ اختبار رافن لقياس الذكاء العام، أو اختبار فيكسلر.

ومن خلال نتائج هذه الفحوص والمقابلة الإكلينيكية يتمُّ وضع

التشخيص المبدئي. ومع استمرار العلاج يعمل المعالج على التأكد من صحة هذا التشخيص. وليعلم المتدرب على العلاج السلوكي أن وجود أي شك في مرض عضوي يجب نفيه أو تأكيده في حالة المريض، لإجراء الفحوص الطبية الكاملة والنوعية. ولعل نوبات القلق العارضة غير المرتبطة بمنبه محرض لها، هي إحدى الدلائل القوية على المرض العضوي.

ونعدُّ من هذه الأمراض العضوية الشائعة بين الناس المثيرة للقلق: تسرُّع القلب الاشتدادي Paroxysmal tackycardia، ونقص سكر الدم، وفرط الدرق Hyper Thyroidism. أما الأمراض ـ الأقل شيوعاً ـ العضوية المثيرة للقلق: الصرع الصدغي ـ اللمبي Limbic Lobe Seizures، وورم القوائم Pheochromocytoma (ورم قشر الكظر). وتُعطى الأفضلية في معالجة الاضطرابات المتعددة عند المريض، للاضطراب العصابي الشالِّ لفاعلياته ونشاطاته.

وليعلم المتدرِّب أن العلاج السلوكي هو **علاج فردي يخصُّ إنساناً معيناً**، فلا يجوز أن نعتبر الخطة العلاجية خطة صالحة لكل مريض. **فمراعاة الفروق الفردية في العلاج أمر أساسي يتوقف عليه نجاح العلاج أو فشله**. فأحياناً تفشل المعالجة بإزالة التحسس المنهجي عند شخص، بينما تصيب نجاحاً كبيراً عند مريض آخر. وعلينا أن نعرف أن تثقيف المريض بالثقافة العلاجية السلوكية هي ضرورة مهمة كي يتمثل العلاج ويتفاعل معه. فالعلاج برمته يقوم على جعل المريض يقف موقفاً إيجابياً من المعالجة، وهذا ما يجب أن يحققه المعالج منذ بداية العلاج.

ومن الأهمية بمكان عند استعلام المريض عن عدد الجلسات العلاجية، ومستوى التحسن الذي سيلاقيه، **ألاّ يعطي المعالج ضمانات**

سواء في عدد الجلسات أو في مستوى التحسن بشكل قاطع. فليس عدد الجلسات هو الذي يحدد مدة العلاج، ولكن يحددها مستوى التفاعل الذي يبديه المتعالج، والتزامه بالتدريبات العلاجية الملقاة على عاتقه، وحماسه للعلاج. ومن الخطأ الفادح أن يلتزم المعالج بأرقام ثابتة في عدد الجلسات، وفي درجة تحسن أكيدة، لأن مثل هذا الالتزام ينافي التعامل العلاجي مع متحولات لا يستطيع ضمان السيطرة عليها. وكل ما على المعالج عمله هو إقناع المريض، بالأرقام والإحصائيات، بمدى تفوق العلاج السلوكي على غيره من العلاجات، مع إعطائه فكرة عامة عن عدد الجلسات، بدون الالتزام بها، وشرح أسباب عدم الالتزام، ومدة التحسن الذي يمكن أن يحصل عليه المريض إذا ما توافرت لديه الشروط الأساسية في التفاعل العلاجي، وأن تقاضي الأجور العلاجية هو جزء هام من العلاج. وعموماً يمكن أن يقدم المعالج إلى المتعالج المعلومات التالية عن العلاج السلوكي.

١ ـ العلاج السلوكي هو علاج لا يتم من جانب واحد (أي المعالج) بل بالتفاعل والقبول المتبادل بين المعالج والمتعالج.

٢ ـ يقع العبء الأساسي في تحسن المريض أو شفائه على عاتق المريض نفسه من خلال الموقف الإيجابي الذي يقفه من العملية العلاجية وملتزماتها.

٣ ـ إن تحسن الأعراض مضمون إذا ما التزم المريض بالإرشادات العلاجية، لأن الأعراض هي استجابات متعلمة وقابلة للإطفاء والتراجع.

الفصل السادس

الأساليب العلاجية المعرفية

سبق وتكلمنا عن الأساس السلوكي للتفكير، ورأينا أن التفكير يولِّد الانفعالات والسلوك، لذا لا فرق بين الاستجابات المعرفية والسلوكية بفعل التفاعل القائم بينهما. ويمكن القول إن الاستجابات المعرفية تبدو متداخلة متناغمة على المستوى العملي في النشاطات الإنسانية كلها وفي أنماط العلاج النفسي أيضاً. فالمريض يتفحص المعالج، ويلاحظ حركاته وأفعاله وأقواله وأثاث عيادته، والمعالج يستجيب بدوره إلى حركات المريض وانفعالاته. فالإجراءات المعرفية هي جزء من العلاج السلوكي، وهذا ما رأيناه عند جمع المعلومات في المقابلة الإكلينيكية.

ويدرك المعالجون السلوكيون أن مصدر الكثير من المشكلات الإنسانية هو خطأ المعلومات والمعتقدات والأحكام والأفكار عند المرضى، لذا فهم يبنون علاجاتهم وفقاً لمصدر المشكلات سواء أكانت معرفية أم كلاسيكية.

هناك العديد من التقنيات السلوكية التي تستهدف تبديل العادات الفكرية المعرفية، مثل تقنية تايلور (١٩٥٩) في منع الاستجابة الفكرية Thought - Stopping، وأيضاً تقنية كوتيلا (١٩٦٧) وهوم (١٩٦٥)

المعروفة باسم الإجراءات الإشراطية المستترة Covert Conditioning. فجميع هذه التقنيات تنسب أصلاً إلى مبادىء الإشراط وأسسه مع الإدراك أن المعرفة أو التفكير هما الصنف الثاني للسلوك.

ويستحيل عموماً إزالة إشراط القلق من الموقف الذي يعتقد المريض أنه يشكل خطراً عليه، حتى لو كان خاطئاً، وجعله يقف منه موقفاً غير مبالٍ، إلا إذا تم إقناعه أن أفكاره خاطئة.

إن الأخطاء وسوء التأويل للمواقف أمر شائع في المخاوف المراقية Hypochondria. فالمريض الذي يشكو من آلام راجعة في الصدر يحتاج إلى إقناعه أن هذه الآلام لا تعني وجود مرض القلب. فإذا كان هذا الخوف ناجماً عن أخطاء معرفية، إضافة إلى وجود خوف إشراطي من الأعراض، حينئذٍ فهو يحتاج إلى شيئين؛ علاج معرفي وعلاج بإزالة التحسس التخوفي من هذه الأعراض الفعّالة، وذلك بعد أن يتخلص من خوفه المعرفي، ويعرف أن آلام صدره ليست خطرة ولا مؤذية.

١ ـ التعرف على المخاوف المعرفية المنشأ

يتعين، من خلال تحليل السلوك، معرفة فيما إذا كان مصدر الخوف معرفياً أو إشراطياً كلاسيكياً، وأحياناً يكون التمييز صعباً في بعض الحالات مما يستدعي من المعالج تدقيقاً كبيراً، فموهبة التشخيص تأتي من الممارسة.

وإذا اتضح للمعالج أن الخوف معرفي، حينئذٍ يمكنه أن يطرح على المريض الصيغ التصحيحية لهذا الخوف الوهمي بالصورة التالية:

«إن مخاوفك ناتجة عن تفكير خاطىء. والآن سأزودك بالمعلومات الصحيحة عنها بإسهاب. أنت تعزز هذه المخاوف الخاطئة اللاواقعية

بعادتك في خلق الأحاديث مع الذات التي تهزم الذات وتثير الخوف. وسأعرفك على نوعية هذه الأحاديث التي تخلد خوفك وتجعلك فاقد السيطرة على مخاوفك».

إن تصويب المعلومات الخاطئة يتوقف على نوعية سوء التأويل الخاطىء. فمثلاً المريض الذي يخاف الاختناق إذا ركب المصاعد الكهربائية، يحتاج إلى تثقيفه بخطأ هذا التفكير عن المصاعد، وفي أكثر الحالات تكفي المعلومات اللفظية المصوَّبة. ويستوجب تصحيح مثل هذه الأفكار، عند بعض المرضى، بإظهار أنظمة التهوية الموجودة في المصاعد الكهربائية من قبل اختصاصي المصاعد. وتكمن المشكلة الصعبة عند بعض المرضى في التشويه المعرفي الذي يكون جزءاً من جهاز المعتقد للتفكير الخاطىء المتداخل مع حياة المريض. وهنا يحتاج المريض إلى مقدار كبير من النقاش والتثقيف للتغلب على هذا التفكير الخاطىء، وتصويب المعلومات (ولقد عالجت بنفسي حالات كثيرة من هذا القبيل).

إن المخاوف من مرض القلب التي لا أساس لها من الصحة تكون مقرونة عادة بنوبات تسرُّع القلب الوظيفي العصبي المنشأ، وبالخفقانات أو ألم الصدر (الخناق الكاذب). وبادئاً ذي بدء، وحسب عمر المريض وحالته البدنية عموماً، ينبغي نفي وجود أي علَّة عضوية بإحالة المريض إلى الطبيب المختصِّ. وفي بعض الأحيان يكون إجراء مثل هذه الفحوص كافياً لإعادة الطمأنينة إلى المريض وإزالة خوفه الوهمي.

وفي أحيان أخرى يحتاج الأمر إلى مزيد من الإيضاحات والتفسيرات عن أسباب الألم الذي يشعر به المريض في صدره، لنفي مرض القلب، وربط الألم باضطرابات عضوية، كالتطبل المعوي

ـ المعدي، أو الاضطراب العضلي في جدار الصدر. ويمكننا البرهنة للمريض أن ألم الصدر يعود إلى الغازات المعوية ـ المعدية، وذلك بأن نستحدث له هذا الألم، فنطلب إليه أن يشرب كأساً من عصير البرتقال مع إضافة ملعقة شاي من بيكاربونات الصوديوم ليحدث الانتفاخ المعوي ـ المعدي. فهذه التجربة تقنع المريض بأسباب ألم صدره أكثر من أي طمأنة وشروحات أخرى.

إلا أن المريض في بعض الحالات لا يقتنع بعدم وجود أي آفـة قلبية لديه مهما بلغ مقدار تصحيح أفكاره المغلوطة عن الألم. وهنا لا بد من اللجوء إلى إزالة الإشراط الكلاسيكي من الخوف من ألم الصدر بواسطة تطبيق تقنية **إزالة التحسس من هذا الخوف الإشراطي**.

وعندما يكون القلق مزمناً وشديداً فإنه يؤدي إلى إحداث إحساسات غريبة للمريض، مثل الشعور بالموت أو بتشوه الواقع. فهذه المشاعر الغريبة قد تسبب للمريض الشك أنه على وشك «الانهيار». وهنا يصاب المريض بحالة عصيبة من تصاعد الخوف الذي يأتي رداً على الأعراض التي تنتابه، والتي بدورها تزيد من حدة الخوف وتعززه. وينتهي تصاعد القلق إلى الإصابة بالجزع الناجم عن أعراض فرط التهوية الرئوية. ولا بد للمعالج من أن يطمئن المريض أن الأعراض التي تهاجمه، نتيجة فرط التهوية، غير مؤذية ولا مهددة. وأحياناً يفرض الواقع **أن يعطيه ضماناً خطياً أن حالته لا تشكل له أي تهديد على حياته وسلامة عقله**.

وبعض المرضى يحتاجون إلى تفسيرات إضافية عن الاستعدادات الإرثية في الاضطراب العقلي للاطمئنان. فالمريض الذي يخاف من أعراض فرط التهوية لئلا يفقد سلامة عقله، نجعله يطمئن بعدم تعرضه لأي مرض عقلي **بإجراء فحص تخطيط بؤبؤ العين** pupillography الذي

يظهر الاستعداد لمرضى الفصام (روبين ١٩٧٠).

تقنية إيقاف التفكير Thought Stopping

هي طريقة لتبديل السلوك المعرفي (الفكري). وهذه الطريقة لا تقوم على أساس تبديل جهاز المعتقد والتفكير بل على إيقاف عادات الاستجابات الفكرية التي تقتحم ساحة وعي المريض المزعجة، والتي لا طائل منها (كالأفكار الوسواسية مثلاً).

وتقوم هذه التقنية على تدريب المريض باستبعاد الفكرة المنافية المزعجة حالما تلج ساحة وعيه.

وقد عالج ليويز رجلاً يعاني من وسواس جبري تمثل في انشغالاته المستمرة بنسوة عُراة، وذلك بجعله يوقف الفكرة كلما وَلجتَ الأفكار الجنسية إلى ساحة وعيه، وقد أفلح في تخليصه من هذا الانشغال الوسواسي المرضي، حيث برهنت هذه الطريقة على فعاليتها.

كما نجح تايلور بعلاج حالة اقتلاع شعر الحاجب تتسم بصفة الجبر (عصاب جبري Compulsive) عند رجل عمره ٣١ سنة، وذلك بتدريب المريض على تثبيط سلسلة الحركات التي تقود إلى هذا الاقتلاع للشعر. وإذا أمكن إزالة العادات الحركية بمنع الاستجابة، أليس بالإمكان إذن إزالة عادات التفكير بهذه الطريقة؟.

إن جوهر التدريب على إيقاف الأفكار المزعجة يكمن في الوصول إلى اتفاق بين المعالج والمريض على أن الأفكار التي تنتابه مبددة للقوى النفسية والجسدية ومؤذية، وغير مفيدة، لذلك لا بد من التخلص منها.

يبدأ التدريب على هذه التقنية بالطلب من المتعالج أن يغمض عينيه، وباللفظ بأفكار نموذجية لا طائل منها، كأن يقول مثلاً أنا إنسان

تافه، أنا إنسان ضعيف. وخلال لفظه لتلك الأفكار يصيح المعالج بصوت عالٍ وبلهجة جازمة مفاجئة، قائلاً للمريض: **أوقف هذه الأفكار**. هنا يردد المتعالج هذه العبارات بالقول: أوقف الأفكار، موجهاً الكلام لذاته. وعادة يرافق هذا القول لذع رسغه بخيط مطاطي يسبب له الألم (قرن الألم بكلمة أوقف الأفكار). يردد المريض العبارات السابقة عدة مرات. ومن ثم يطلب المعالج إلى المتعالج أن يتدرب بنفسه على إيقاف الأفكار التي تزعجه بالأسلوب **نفسه وبعبارات غير مسموعة**. وبعد إيقاف تلك الأفكار **يتعين على المريض أن يشتت انتباهه في موضوع آخر سارٍّ محبب إليه ويندمج فيه تماماً**.

ينبه المعالج المتعالج إلى أن الأفكار ستعود إليه ثانية، وعليه كلما اجتاحت الفكرة المزعجة ساحة وعيه أن يتعامل معها بالأسلوب الذي تعلمه.

في حال عدم نجاعة الأسلوب السابق، يمكن تطبيق التقنية بالأسلوب التالي المعدَّل:

يتعرض المتعالج إلى صدمة كهربائية غير مريحة متزامنة مع لفظه لكلمة (قف.. قف، للفكرة المزعجة). وهنا نقرن المنبه المؤلم مع الفكرة المزعجة، الأمر الذي يؤدي إلى إضعاف الترابط بين المنبِّه (الفكرة المزعجة) والاستجابة (اجترار الفكرة)، أي تثبيط الفكرة الوسواسية.

تنفع هذه الطريقة بشكل خاص في التعامل مع الأفكار الوسواسية وإضعافها. وقد أفادنا «ياماجامي» (١٩٧١) أنه عالج بهذه التقنية مريضاً يشكو من وسواس، دام معه ثماني سنوات. وعالج (محمد حجار) مريضاً يشكو من أفكار وسواسية جنسية تجتاحه خلال الصلاة[١].

---

(١) انظر كتاب: العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواسي الجبري، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار طلاس للنشر، دمشق ١٩٩٢.

الفصل السابع

التدريب على تأكيد الذات

Assertiveness Training

رغم أن تقنية إزالة التحسس المنهجية هي أكثر الطرق شيوعاً واستخداماً في إزالة عادات استجابة القلق الإشراطية الكلاسيكية، فإن تقنية تأكيد الذات هي التي مورست في عهد باكرٍ، قبل التقنية الأولى (إزالة التحسس المنهجية).

والتدريب على هذه التقنية سهل نسبياً في التعليمات والتطبيق، وتؤدي (إذا ما طُبقت في حالاتها الملائمة) إلى تبدل سلوكي مهم خلال حقبة تدريبية لا تتعدى مدتها عدة أسابيع.

والتدريب على هذه التقنية هو أحد الوسائل العلاجية السلوكية لإزالة الإشراط الخاص بعادات استجابات القلق اللاتكيُّفية البيشخصية interpersonal (المخاوف الاجتماعية)، إزاء سلوكيات الأشخاص الآخرين (الخوف من الكلام أمام الناس أو من النقد أو عدم القبول)، ويكون ذلك **بالتعبير عن الانفعالات وتأكيد الذات**. فاستجابات القبول، والمحبة، والإعجاب، والغضب أو التوتر تناهض هذه المخاوف الاجتماعية مناهضة قوية. وهذه الاستجابات التعبيرية التي يتعلم الفرد

الخجول الإفصاح عنها تزيد من سلوكه الحركي. فالقلق المتزامن الوجود مع هذه الانفعالات الإيجابية **الحركية يكون مصيره التثبيط والضعف** والإخماد، أي بتعبير آخر: **إن الاستجابات الانفعالية الإيجابية الحركية تثبط القلق، كما سبق ورأينا في التثبيط الخارجي.**

يفيد هذا النوع من التدريب في كل المواقف التي يكون فيها المريض مثبطاً من القيام بفعل نتيجة وجود خوف اجتماعي عُصابي. ونعدُّ من هذه المواقف الخوف من عدم التعبير عن شكوى سواء الطعام في مطعم، أو السكوت عن استلاب الدور من قبل شخص آخر في صف لقطع تذاكر ركوب الحافلة، أو الخوف من الكلام خشية النقد أو عدم القبول... أي سلوكيات مشاعر النقص وعدم الكفاية الشخصية، والسلوكيات المتجنبة كافة.

إن استجابات القلق البيشخصية، تقود أحياناً إلى توجيه الدوافع الفطرية الغريزية إلى سلوكيات لاتكيفية كاللوطية، والانحرافات الجنسية، والميل للاتصال الجنسي بالأولاد Pedophilia والفيتشية، والاستعراء Exhibitionism (إظهار العورة للناس).

والكثير من الانحرافات الجنسية لا يمكن تصحيحها بالعلاج المباشر للانحراف؛ إلا إذا تمت إزالة الدوافع العُصابية البيشخصية المسببة لهذا الانحراف.

وقبل البدء بتدريب المتعالج على استراتيجية تأكيد الذات، يتعين على المتدرب قبول العقلانية، ومنطق هذه الاستراتيجية. ففي بعض الأحيان نجد أن الإذعان لرغبات الآخرين وحاجاتهم يرتبط بفلسفة عامة اجتماعية مقبولة أخلاقياً في تقديم مصالح الغير على مصلحة الفرد الشخصية. مثالنا على ذلك الشخص المتدين الذي ينكر رغباته ومصالحه

ويفضل عليها مصالح الآخرين. ومثل هذا النزوع نجده عند أصحاب الشعائر الدينية، وهم القلة عادة. أما في الأحوال العادية فإن قبول رغبات الغير والرضوخ لسلوكيات الناس على حساب نزوعات الفرد ومصالحه يُعد كرماً عصابياً، سببه ضعف الذات والخجل المرضي ومشاعر النقص الرامية إلى استرضاء الناس وانتزاع قبولهم كهدف.

فأنت عندما تقبل آراء الناس ظاهراً، ولكنك ترفضها في أعماق نفسك، ولا تتجرأ على التعبير عن هذا الرفض فأنت تعاني من مشاعر النقص والقلق الاجتماعي. وفي هذه الحالة تحتاج إلى علاج تأكيد الذات الذي يدربك على مواجهة الناس وأن تقول كلا عندما تجد ما يعرضونه عليك يتنافى مع مصلحتك، أي أن تتدرب أن تقول «لا» في كل موقف يتنافى مع رغباتك ومصالحك ومنظومة معتقداتك، أن تأبه إلى تقييم الناس لك من خلال الرفض الصادر عنك. والأسئلة التالية تبرز هل المريض يحتاج إلى علاج تأكيد الذات أهم لا:

١ ـ كيف تتصرف إذا اتضح لك، بعد شرائك سلعة ما من حانوت، أن دراهمك لا تكفي لدفع ثمنها؟

٢ ـ ماذا تفعل إذا وجدت أن السلعة التي اشتريتها، وعدت بها إلى الدار كانت فاسدة أو معطوبة؟

٣ ـ ماذا تفعل إذا اندس أحد الناس فأخذ دورك في الصف؟

٤ ـ ماذا تفعل إذا وجدت صاحب الحانوت وهو يتعامل مع أحد الزبائن الذين يسبقونك دوراً، ثم جاء شخص واحتل دورك، فتعامل صاحب الحانوت مع الحدث ببساطة متجاهلاً حقك في الدور؟

٥ ـ كيف تتصرف إذا طلبت وأنت في المطعم دجاجاً مشوياً على الفحم، وإذ بك تجد أن النادل (الكارسون) المكلف بخدمتك على الطاولة

جلب لك دجاجاً مقلياً وليس مشوياً؟

في جميع هذه المواقف يتعين على الفرد أن يتمسك بحقه، ويناهض تطاول الآخرين عليه، ولكن بشكل مقبول اجتماعياً. وإذا أجاب هذا الفرد على جميع الأمثلة السابقة بعكس ذلك، فهذا يعني أنه يحتاج إلى التدريب على تأكيد الذات.

ولنعاين الحوار التالي في التدريب على تأكيد الذات:

المعالج: ماذا تفعل إذا كنت واقفاً في دورك لقطع تذكرة دخول سينما، وجاء شخص وأخذ دورك؟

المريض: لا أفعل شيئاً.

المعالج: إذن ماذا تشعر؟

المريض: أشعر بالغضب يشتعل في داخلي.

المعالج: ولكن لماذا لا تفعل شيئاً؟

المريض: أخاف من أن أمسَّ مشاعره.

نرى في هذا الحوار كيف أن الخوف من إزعاج هذا الدخيل هو الذي يمنع المريض من اتخاذ إجراء يعترض فيه على هذا التعدي. وهنا يتعين على المعالج أن يدرب المريض على تحويل هذا الغضب نحو الخارج، بدفعه إلى التعبير عن غضبه بسلوك اجتماعي مناسب. ومثل هذا **التعبير يثبط استجابة القلق والخوف**، وينعكس على المريض بمشاعر احترام الذات.

المعالج: إن الناس يستفيدون من هذه السلبية التي تبديها نحوهم. فالرجل الذي أخذ دورك استفاد من سلبيتك وعدم تعبيرك، والمطالبة بحقك. يجب عليك ألا تسمح له بذلك. عليك أن تقول له التالي: «لطفاً هل تتفضل بأخذ دورك في هذا الصف». ففي فعلك هذا أنت تعبر عن

غضبك الذي أثارته فظاظة هذا الرجل وأنانيته، ولكن بأسلوب اجتماعي مؤدب. وفي كل مرة تلجأ إلى مثل هذا السلوك التأكيدي تثبط القلق.

مع تشجيع المتعالج على التصرف بهذه الطريقة في علاقاته البيشخصية نجد أن تبديل السلوك قد حدث عند المريض خلال فترة ليست طويلة، فيتلاشى بذلك قلقه الاجتماعي السلبي، وسلوكيات التجنب، ويصبح أكثر قدرة على تأكيد ذاته، ومواجهة الناس بثقة بالنفس، مع انحسار الخوف البيشخصي.

إن لعب الدور التخيلي، أو الواقعي الميداني، بإعطاء المريض تدريبات على تأكيد الذات في مواقف حياتية مفترضة أو حقيقية لإنجازها كوظائف، هي عوامل مهمة في تبديل السلوكِ السلبي.



الفصل الثامن

أسلوب إزالة التحسس المنهجي

Systematic Desensitization

يُعدُّ أسلوب إزالة التحسس المنهجي أحد أنواع الأساليب في إضعاف عادات استجابات القلق العُصابي، وذلك وفق خطوات مجزأة. ومثل هذه الخطوات شاهدناها في إطفاء القلق العُصابي التجريبي عند الحيوانات، وفي أسلوب ماري جونس التي أزالت عُصاب الخوف من القطط عند الأطفال.

وعلى المستوى الفيزيولوجي يتم تثبيط القلق المُثار عند المريض بفعل الاستجابة المعاكسة الاسترخائية للعضل، ويكون ذلك بتعريض المريض إلى المنبه الإشراطي الذي بدوره يثير الاستجابة اللاتكيفية العُصابية **وهو في حالة استرخاء نفسي ـ عضلي**.

ويستغرق التعريض عادة **عدة ثوانٍ**، ويتكرر ليحدث التناوب بين **التعريض والاسترخاء، حتى يتمَّ إطفاء الاستجابة القلقية**. فالمنبه الإشراطي بهذه الطريقة المتصاعدة **يفقد قدرته على إثارة القلق**.

وتتم تجزئة الموقف المخوِّف إلى وحدات موقفية متصاعدة في إثارتها للخوف، ولا يتجاوز الفاصل بين موقف على السلم الهرمي وآخر

في شدة الخوف أكثر من ١٠٪ باعتبار أن شدَّة رأس الهرم الذي فيه ذروة الموقف المثير للخوف المراد إطفاؤه تقدر بـ ١٠٠٪. ومن ثم يتعامل المريض مع مواقف الخوف المجزأة بتناوب عملية التعرض والاسترخاء، فلا ينتقل من موقف مُدرَج على هذا السلم الهرمي إلى آخر حتى تصبح شدة الخوف صفراً. . .

ويتم تدريب إزالة التحسس المنهجي، ووضع وحدات المواقف من قبل المريض والمتعالج معاً، ومن ثم يدرِّب المعالج المريض على تطبيق هذه التقنية بجلسات علاجية ويُطلب إليه فيما بعد التدرب عليها بمفرده، بعد أن يتقن تطبيقها.

ونلاحظ أننا نستخدم استجابة الاسترخاء لمناهضة المواقف القلقية على السلم الهرمي.

وكبداية، يتم تدريب المريض أولاً على الاسترخاء المتصاعد ويكون كالتالي:

يجلس المريض على كرسي ذي مسند للظهر ومسندين لليدين ويحرر جسمه من كل ضاغط أو معيق لحركاته، في غرفة متوسطة الإضاءة ومعتدلة الحرارة، ويبدأ بتنفيذ التعليمات التالية التي يمليها عليه المعالج:

- يأخذ نفساً عميقاً بطيئاً، ويحبس الهواء في صدره لخمس ثوان، ثم يزفر الهواء ببطء، ويكرِّر العملية ثلاث مرات.

- يغمض عينيه، ويقبض الكفَّ الأيمن، ويستشعر إحساس الضغط والتوتر في أصابع اليد اليمنى، ويركز انتباهه على إحساس الضغط ويستشعر به.

- يرخي ويفرد أصابعه ببطء، ويستشعر استرخاء اليد.

ـ يكرر هذه العملية مرة أخرى (قبض اليد وإرخاء الأصابع).

ـ الآن، وهو مغمض العينين وانتباهه مركَّز على الساعد، يثني الكفَّ باتجاه الداخل فتنقبض عضلة الساعد. يستشعر التوتر في عضلة الساعد. ومن ثم يرخي العضلة بإعادة الكف إلى وضعيته الأولى. يكرر هذه العملية مرة أخرى.

ـ يثني الساعد ببطء ويستشعر بتوتر عضلة العضد. يُبقي هذا التوتر مدة ٥ ثوان، ثم يبسط الساعد ببطء، ويستشعر استرخاء العضلة التدريجي خلال ذلك. يكرر العملية مرة أخرى.

ـ يطبِّق الشيء نفسه على يده اليسرى، بالخطوات التي ذكرناها.

ـ يجعِّد جبهة رأسه برفع الحاجبين إلى الأعلى (توتير عضلة جبهة الرأس) ويستشعر التوتر في هذه العضلة. يرخي عضلات الجبهة ببطء ويستشعر بهذا الإرخاء. يكرر العملية مرة ثانية.

ـ يوتر عضلات الوجنتين ثم يرخيها. يكرر العملية مرة ثانية، (التوتر بالتكشير).

ـ يوتر عضلات ما حول العينين. تكرار العملية مع الإرخاء.

ـ يوتر عضلات الفكين بالضغط عليهما ومن ثم إرخاء مع المباعدة بين الشفتين قليلاً. يكرر العملية.

ـ يوتر عضلات الرقبة بدفع الرأس إلى الخلف ببطء، والإرخاء بالعودة إلى الوضع الطبيعي، ثم يكرر العملية.

ـ يرفع الكتفين إلى مستوى الأذنين (التوتير) ومن ثم يهبط بهما إلى الوضعية السابقة (تكرار العملية).

ـ يدفع بالكتفين إلى الخلف، بشكل يقرِّب اللوحين من بعضهما (التوتير)، ومن ثم يعيدهما إلى الوضعية السابقة، ويستشعر الإرخاء (تكرار العملية).

- استنشاق الهواء وإملاء الصدر بالهواء (توتير عضلات الصدر)، ثم الزفير ببطء مع تركيز الانتباه على هذا الاسترخاء (تكرار العملية).

- تقبيض عضلات البطن، والاستشعار بتوتر العضلات، ثم إرخاء هذه العضلات (تكرار العملية).

- توتير عضلات الحوض بتقليص معصرة الشرج (عضلات هذه المعصرة، والاستشعار بهذا التوتر) ثم إرخاء هذه العضلات (تكرار العملية).

- تقليص عضلات الفخذ، والاستشعار بهذا التوتر، ثم رخي هذه العضلات (تكرار العملية).

- رفع أصابع القدم إلى الأمام باتجاه الجسم للإحساس بتقلص عضلة الساق (الاستشعار بالتوتر العضلي)، ثم إعادة الأصابع إلى الوضع الأول (إرخاء العضل) تكرار العملية.

بهذا التمرين نكون قد مارسنا ما نسميه بالاسترخاء المتصاعد الذي يقوم على توتير مجموعة العضلات، والاستشعار بالتوتر ومن ثم الإرخاء.

بعد تدريب المريض على هذا التمرين الذي يحقق الاسترخاء العميق للعضلات، ويخلق عنده الفروق بين التقلُّص والإرخاء العضلي، نطلب إليه ممارسة هذا التدريب كواجبات بيتية ثلاث مرات يومياً، لمدة ١٠ أيام، وذلك لتشكيل عادات الإرخاء العضلي، بحيث ما إن يأمر نفسه بالاسترخاء حتى يجد أن جميع جهازه العضلي الحركي قد استرخى بفعل الإشراط الاسترخائي الذي كوَّنه.

وهناك أشكال أخرى للاسترخاء سنجدها في مقرر التغذية البيولوجية الراجعة.

ويجب أن نعلم أن التدريب على الاسترخاء قد يناسبه شكلٌ معين

من أشكال الاسترخاء، مما يستدعي مراعاة الفروق الفردية في التدريب عليه.

خطوات تطبيق إزالة التحسس المنهجي

قبل أن نفسر ونشرح هذه الخطوات يجب أن نعرف الحقائق التالية:

١ - إن الاستجابة الاسترخائية تُضعف الاستجابة **التخوفية الضعيفة**، ولكنها لا تضعف الاستجابة التخوفية الشديدة. فلقد ظهر في تجارب بافلوف وولبي أن الحيوان المُصاب بُعصاب تجريبي لم يكن يأكل الطعام أثناء وضعه في القفص الذي تعرَّض فيه إلى العُصاب، بل كان يصبح مثبطاً تماماً بفعل القلق الشديد الإشراطي الناجم من وجوده في القفص، رغم أن الطعام منبه يثير استجابة سارة مناهضة للقلق. وتفسير ذلك أن شدة القلق أقوى بكثير من استجابة الطعام السارة.

وينطبق الأمر نفسه على الكائنات البشرية.

٢ - وطبقاً للمبدأ الأول، لا بد إذن من تجزئة الموقف المخوِّف المراد إطفاؤه إلى **وحدات موقفية مثيرة للقلق الضعيف**، متدرجة في الشدة، حتى الوصول إلى ذروة الهرم التي تمثل الموقف المخوف المراد إطفاؤه؛ الخوف من رهاب الساح على سبيل المثال أو من مشاهدة ميت أو كلب.. وغير ذلك...

٣ - يجب أن لا تتجاوز شدة المواقف المجزأة المثيرة للقلق نسبة ١٠٪ على السلم الهرمي أثناء التصاعد بين موقف مثير للخوف وآخر، وذلك لأن الاستجابة الاسترخائية تكون هنا متوافقة مع الإثارة

التخوفية التي يثيرها الموقف والمراد إضعافها لتصل إلى قوة صفر في الدرجة.

٤ ـ يجب أن يكون المريض قد امتلك المهارات الاسترخائية امتلاكاً جيداً، ليتمكن من إطفاء المواقف التخوفية على السلم.

٥ ـ يجب أن تكون قدراته التخيلية جيدة بحيث يستطيع تخيل الموقف المثير للاستجابة التخوفية تخيلاً يجعله يشعر بالخوف الفعلي، فضعف القدرة على تخيل الموقف والتعرض له لا يسمحان بإضعاف الاستجابة التخوفية.

٦ ـ هناك فروق فردية في المدة اللازمة لإضعاف المواقف المتخيلة بطريقة إزالة التحسس المنهجي. فهناك من يتمكن من إضعاف خوفه من موقف خلال التناوب بين التعرض والاسترخاء المتكررين بمدة (١٥) دقيقة، بينما نجد أن موقفاً واحداً على السلم الهرمي يحتاج عند فرد آخر إلى ثلاث جلسات مدة كل جلسة ٣٠ ـ ٣٥ دقيقة.

٧ ـ إن إضعاف الاستجابة المخوِّفة تخيلياً ينتج عنه ضعف هذه الاستجابة أمام المثير الحقيقي للخوف ميدانياً، وبنسبة أكثر من ٨٥٪ (انتقال إزالة التحسس إلى الحياة الواقعية الميدانية).

٨ ـ في حالة ضعف قدرة المريض على التخيل لا بد من اللجوء إلى تقنية الإغراق الميداني (التعريض الميداني المباشر للعنصر المثير للقلق) بالتدرُّج، أو بالإثارة القوية للمنبه التخوفي كما سبق وشرحنا.

بعد هذا الشرح للنقاط المهمة، يمكننا بيان خطوات تطبيق هذه التقنية.

أ ـ إعداد سلم وحدات المواقف المثيرة للاستجابة للخوف أو القلق. ويتم إعداد هذا السلم وفق المبادىء التالية:

(١) لكل حالة خوف سلم. فالمريض الذي لديه مخاوف متعددة يجب أن يوضع لكل خوف سلم.

(٢) يتم وضع هذا السلم بالتعاون بين المريض والمعالج معاً.

(٣) يتم تحديد درجة السلم الهرمي، ومرتبة كل موقف من الشدة وفقاً للتالي:

ـ يُجزأ الموقف المخوف المراد إطفاؤه إلى وحدات بفواصل شدَّة ١٠٪ متصاعدة على السلم.

ـ تحدد قوة الموقف المثير للخوف كيما يُرصد على السلم الهرمي، وذلك بالطلب من المتعالج أن يتخيله تماماً، ويحدد درجة خوفه منه.

ـ يُعد الرقم ٠ موقفاً حيادياً ساراً بالنسبة إلى السلم، يأتي بعده الموقف المخوِّف الضعيف جداً ويُعطى الرقم ١٠٪ في الشدة، بالموازنة مع الخوف الأصلي المراد إطفاؤه والذي يأخذ الرقم ١٠٠٪ في الشدة، ومكانه ذروة السلم.

ـ يتم وضع المواقف المجزأة المثيرة للخوف وفقاً للقاعدة السابقة، وترصد على السلم حيث يتم بعدها التعامل مع هذه المواقف بالتعريض والاسترخاء لإطفائها.

ب ـ تنفذ عملية التعريض والإطفاء لمواقف السلم وفق التالي:

(١) نطلب إلى المريض أن يسترخي على المقعد ويغمض عينيه، ومن ثم عليه أن يتخيل موقفاً ساراً حيث يأخذ هذا الموقف الرقم ٠ على السلم.

(٢) يطلب المعالج إلى المريض أن يتخيل الموقف الذي يلي المنظر السار مباشرة. وما أن يتخيله، على المريض أن يرفع إبهامه أو

سبابته إشعاراً للمعالج أن الموقف تمَّ تخيله بوضوح تام.

(٣) يطلب المعالج من المتعالج أن يتعامل مع الموقف المثير لخوفه لمدة عشر ثوان (تقدر بين المعالج والمتعالج قبل التطبيق) **وهو مسترخٍ تماماً**، ومن ثم يوقف تخيله للموقف بعد هذه المدة ويتخيل بدلاً عنه موقفاً ساراً ولمدة نصف دقيقة.

(٤) بعد انتهاء هذه المدة يرفع المتعالج أصبعه إشارة إلى أنه عاد إلى تخيل الموقف، وتعامل معه للمدة نفسها، ومن ثم يقطع هذا التخيل ويعود إلى تخيل منظر سار.

(٥) يواصل المتعالج تعامله مع هذا الموقف بهذا التناوب والتواتر بين التعريض والاسترخاء، وتخيل منظر سار، والعودة من جديد إلى التعامل مع الموقف وهو مسترخٍ حتى ينخفض قلقه إلى الرقم الصفر، بحيث إذا ما تخيله من جديد لم يعد الموقف يثير خوفه.

(٦) ينتقل المعالج إلى الموقف التالي الذي يلي بالشدة، ويتم التعامل معه على غرار الأول إلى أن ينطفيء. وهكذا تُغطى جميع المواقف حتى نصل أخيراً إلى ذروة السلم بمواجهة الخوف الأصلي المراد إطفاؤه.

إن هذه العملية قد تستوجب تخصيص عدة جلسات حتى يتم إطفاء جميع المواقف المثيرة للخوف على السلم. بل إن عدة مواقف قد تحتاج إلى أسبوع، بمعدل ٢٠ دقيقة لكل جلسة، وذلك حسب طبيعة الخوف واستجابة المريض لعملية الإطفاء.

يمكن استخدام جهاز GSR للتأكد من زوال الاستجابة التخوفية في التعريض، وأحياناً لإعطاء المريض تغذية راجعة.

يتعين على المريض التدرب على إطفاء الخوف بالتدريب الذي تلقاه

كوظيفة بيتية، للتأكد من نجاح الإطفاء، وليقوم أيضاً بإطفاء المواقف الباقية على السلم بالطريقة التي تدرب عليها، إذا طلب إليه المعالج ذلك. كما ويمكنه بعد تدربه على عملية الإطفاء، أن يطفىء المخاوف الأخرى بنفسه، بعد أن يضع السلم ويحدِّد قوة المواقف المرصودة على السلم بالتعاون مع المعالج.

(٧) يجب تدعيم هذا الإطفاء بالتعرض للموقف الذي تم إطفاؤه تخيلياً (كما يبدو في الحياة Vivo).

مثال على إعداد سلم المواقف المجزأة المثيرة للخوف:

لنفترض أن مريضاً يخاف من العمليات الجراحية والدخول إلى المشافي عامة. نجزىء هذا الخوف إلى المواقف التالية، مرتبة من الأدنى إلى الأعلى حسب الشدة:

١ ـ الموقف ∴ هو الحيادي ويكون بتخيل المريض لموقفٍ سار.

٢ ـ تخيل سيارة إسعاف ١٠٪ شدة الخوف.

٣ ـ تخيل سيارة إسعاف تسير في شارع يؤدي إلى المستشفى ٢٠٪.

٤ ـ تخيل السيارة وهي تصل إلى المستشفى ٣٠٪.

٥ ـ تخيل بناء المستشفى الخارجي ٤٠٪.

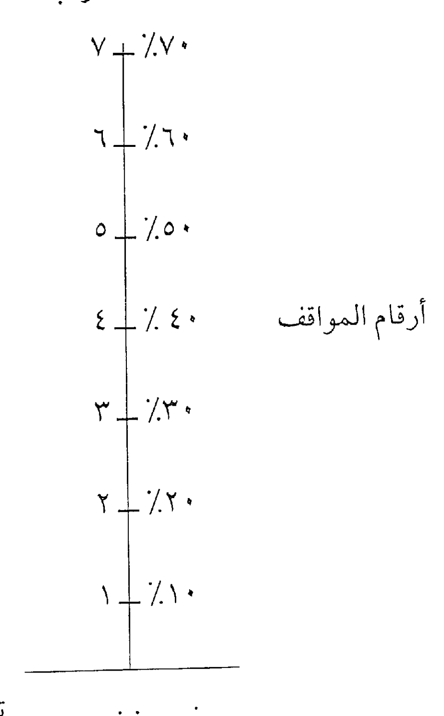
٦ ـ تخيل بهو المستشفى المؤدي إلى غرفة العمليات ٥٠٪.

٧ ـ تخيل مريض محمول على حمالة، في طريقه إلى غرفة العمليات ٦٠٪.

٨ ـ تخيل غرفة العمليات، وإجراء عملية جراحية داخلها ٧٠٪.

وإذا أردنا أن نمثل ذلك بيانياً فيكون السلم على الشكل التالي:

سلم المواقف الهرمية للخوف من المشافي والعمليات الجراحية



ويمكن إعطاء المريض المهدئات الصغرى إذا اتضح أنه يجد صعوبة في الوصول إلى الاستجابة الاسترخائية، وذلك قبل المباشرة بالتدرب على الاسترخاء ولفترة قصيرة، حتى تتعزز عنده الاستجابة الاسترخائية

بدون دواء مهدىء. ويفضل التحقق من تعلم المريض الاستجابة الاسترخائية بجهاز GSR، ومن إعطائه تغذية راجعة.

إن الأشكال المختلفة للاسترخاء كالتأمل، وتوليد الأفكار الاسترخائية، وتخيل موقف سار، أو تخيل إرخاء العضلات (الاسترخاء العام) أو الاسترخاء بالتنفس، كل هذه الأساليب محققة للاسترخاء، ويمكن انتقاء ما يناسب المريض منها في تدريبه على الاسترخاء.

وبالنسبة إلى مخاوف المرتفعات فيجب أن تُراعى في السلم الهرمي حقيقة تزايد الخوف مع زيادة الارتفاع.

فالشخص الذي يخاف من الارتفاع تكون شدة خوفه من علو طابق واحد أقل من علو ثلاثة طوابق. أما الخوف من الأماكن المغلقة فيتناسب طرداً مع صغر مساحة المكان، أي أن الخوف يتزايد مع صِغر مساحة المكان المغلق.

كذلك نجد أن الخوف من الكلام مع الناس يتزايد طرداً مع تزايد العدد، وللسن علاقة بذلك. فالمرهوب من الكلام مع الناس يخاف الكلام مع ثلاثة أشخاص أكثر من الكلام مع شخص واحد، ويخاف الكلام مع الكبار في حين لا يخاف الكلام مع الأولاد، وقد يخاف من الغرباء وليس من الأشخاص الذين يعرفهم.

هذه الأمور كلها يجب أن تراعى عند إعداد السلم الهرمي للمواقف المجزأة المثيرة للخوف. ولا ننسى أيضاً أن الحركة تزيد من شدة الخوف في الارتفاعات جميعها.

وكما سبق وذكرنا، إن المُعِدَّ لمقياس التسلسل الهرمي لوحدات الخوف يتعين عليه دوماً أن يلتزم بفواصل زمنية للحوادث متقدمة تقدماً معقولاً.

أي بتعبير آخر: لا يكون ترتيب المواقف المتصاعد على السلم مختلفاً اختلافاً كبيراً في قدرتها على إثارة القلق، بحيث أن التقدم في إزالة الخوف على هذا السلم يتعثر عند الانتقال من موقف أقل قوة إلى موقف أكثر قوة في إثارة الخوف، لأن المريض قد يتعزز عنده الخوف بدلاً من أن يضعف، **أي يُصاب بإشراط مستويات قلق عالية، نتيجة تعرّضه لقلق شديد مُثار.**

ففي الرهاب مثلاً، حيث يتزايد القلق مع تناقص المسافة الفاصلة بين المرهوب والمنبه المثير للخوف، تؤثر التبدلات الصغيرة في البعد الفيزيائي على القلق مع تزايد الاقتراب من المنبه المثير للخوف، بينما نجد العكس في رهاب الساح والارتفاعات حيث نجد أن الخوف هنا مرتبط بعدد الأشياء. فالزيادة البسيطة في العدد تبدو أكثر قوة في إثارة الخوف من أعداد قليلة في الأشياء أو البشر.

وكما ذكرنا، إن الفواصل بين المواقف على السلم تكون مقبولة عندما تتراوح إثارة القلق بين ٥ ـ ١٠٪ في الزيادة بين موقف وآخر. ولكن إذا اتضح أنه يوجد بين البند رقم ٨ و ١٠ حوالي ٤٠ درجة مئوية، حينئذ لا بد من العثور على بنود وسيطة لتجعل الفرق بين البند والذي يليه في الحدود السوية (أي من ٥ ـ ١٠ درجات).

ولنضرب المثال التالي لتوضيح مشكلة إعداد السلم:

سيدة عمرها ٤٢ سنة، عانت من كابوس الخوف من السفر بمفردها مدة ٢١ سنة تقريباً. وكان جوهر خوفها الشالُّ يكمن في ابتعادها عن بيتها وحدها. كان يمكن بالطبع التعامل مع هذا الخوف وهي في السفر، إلا أن حساسيتها كانت شديدة، كما أن الشعور بالوحدة والعزلة من الصعب

تحديدهما عكساً أي بالمسافات.

وكان من الممكن الحصول على سيطرة أفضل على ردود أفعالها من خلال اللجوء إلى استخدام المصعد الكهربائي وسيلة أو أداة لتقدير ابتعادها عن العالم المحيط بها.

ولذلك تمَّ وضع البنود (المواقف) الضعيفة على سلم التسلسل الهرمي على أساس مصعد كهربائي مفتوح تماماً بحيث تصعد فيه تلقائياً بدءاً من الأرض حتى الرقم ١٠٠.

بعد ذلك تم «وضعها» تخيلياً في مصعد له نافذة تبلغ مساحة فتحتها قدماً واحداً مربعاً. ومن ثم كان التتابع التالي: تصعد بنافذة فتحتها ٩×٢ أنش، وبعدها تصعد بنافذة فتحتها ثقب مساحته إنشان مربعان وأخيراً مصعد لا نافذة فيه معتم تماماً.

ثم جاء دور عملية إزالة التحسس، وفقاً للبنود المذكورة بمصعد مختلف الفتحات. بعدئذٍ، وعلى سلم أخر، تمّ تحديد زيادة متصاعدة في قدرتها على السفر بعيداً عن بيتها تخيلياً، والتعامل مع هذا السفر المتباعد عن الدار تخيلياً أيضاً.

ثم تمَّ إعداد سلسلة جديدة أحاطت بالمنبهات الإشراطية بالقلق الخاص بالرحلات بضروبها المختلفة.

وهكذا نجد أنه تم التعامل مع هذا الخوف بثلاثة سلالم هرمية.

مثال آخر: الخوف من اضطرابات نظم القلب. يكون إعداد السلم الهرمي وفق الفواصل المئوية في الاضطرابات المبنية على السلم، بدءاً من درجة الخوف ٨٠٪ وهي اضطراب نظم القلب تنازلياً.

١ ـ اضطراب نظم القلب (٨٠).

٢ ـ آلام شديدة في الصدر والبطن (٧٠).
٣ ـ آلام في الظهر والكتف الأيسر (٦٠).
٤ ـ ألم في ذروة الرأس (٥٥).
٥ ـ طنين في الأذن (٥٠).
٦ ـ خدر حسي أو ألم في أصابع اليد (٤٠).
٧ ـ ضيق تنفس عند القيام بجهد (٣٠).
٨ ـ رجفة في اليدين (٢٠).
٩ ـ ألم في اليد اليسرى، إصابة قديمة (١٠).
١٠ ـ تخيل منظر سار ∴ .

اعتبارات كميّة

هناك اختلاف كبير في عدد المواضيع، وعدد المشاهد، وفي عدد التقديمات (التعريض) التي تقدم في جلسة إزالة التحسس، إلا أن الجلسة الواحدة الفردية تستهلك **أربعة مقاييس** عموماً، ولا يوجد جلسة واحدة تستغرق أكثر من ذلك، كما أن **ثلاثة أو أربعة تعريضات** للمشهد الواحد تكون كافية لتخفيض وحدات القلق على هذا المشهد إلى الصفر. ولكن هذا لا يمنع في بعض الأحيان من تكرار التعريض عشر مرات أو أكثر للمشهد الواحد حتى تنخفض قوته التخوفية إلى مرتبة الصفر. أما إجمالي عدد المشاهد فهي منوطة عادة بالوقت المتوافر، وبتحمُّل المريض أيضاً. إلا أن الوقت يتزايد عموماً مع استمرار العلاج، بحيث أن كامل الجلسة تخصص لإزالة التحسس. ففي المرحلة الأولى من العلاج قد تستغرق الجلسة ٨ ـ ١٠ تعريضات (أي مواقف)، وفي المراحل المتقدمة من العلاج تغطي الجلسة من ٣٠ ـ ٥٠ تعريض. أما مدة الجلسة فهي من ١٥ ـ ٣٠ دقيقة. وقد أفادنا كل من ولبين Wolpin وبيرسال Pearsall

(١٩٦٥) أنهما استطاعا إزالة شأفة رهاب واستئصالها بجلسة إزالة تحسس واحدة، استغرقت ٩٠ دقيقة (ساعة ونصف).

هذا وبينما تكون القواعد العامة التي ذكرناها هي الناظمة عند معظم المرضى، هناك قلة من الأفراد يُظهرون قلقاً واضحاً حتى في القلق الخفيف المُثار في المشهد الواحد، وقد يستغرق تخفيض هذا القلق في مرتبة واحدة على السلم جلسة علاجية كاملة.

ويحدث استمرار القلق أيضاً لدى المرضى إذا واجهناهم بمشهد مزعج جداً. وفي هذه الحالة يتعين على المعالج إيقاف الجلسة.

وعموماً تبلغ مدة تعريض المريض لمشهد واحد من ٥ إلى ٧ ثوان، وهذه المدة تختلف حسب اختلاف الظروف. ويتعين إيقاف التعريض للمشهد بسرعة **إذا ما أظهر المريض قلقاً شديداً**.

وحينئذٍ يقتصر التعريض على مدة أقصر **أي مدة ثانية أو ثانيتين**. ثم إن المدة الزمنية بين المواقف تختلف، وتكون هذه المدة عادة بين ١٠ - ٣٠ ثانية. ولكن في حال أظهر المريض اضطراباً غير عادي بالنسبة إلى المشهد السابق، يمكن تمديد المدة الزمنية حتى إلى دقيقة أو أكثر، حيث يُعطى الإيحاءات خلالها حتى يسترخي ويهدأ.

أما عدد الجلسات التي يحتاجها المتعالج، فهذا يتوقف على عدد المشاهد المرصودة (المواقف) على المقاييس الهرمية، والضرورية لإزالة مجموعة مخاوفه. والعوامل المحددة لذلك هي عدد مجموعة المخاوف، وشدة كل موقف، ودرجة التعميم، أو علاقة المنبهات المرتبطة في كل حالة من المجموعات. وقد نجد مريضاً يُشفى بست جلسات تحسس، **بينما يحتاج مريض آخر إلى مئة جلسة أو أكثر، وذلك حسب أنواع وتعدد المخاوف التي يشكو منها**.

فهناك مريض يخاف من الموت وحده احتاج إلى حوالي ٢٠٠٠ تعريض لإزالة التحسس. أما الفواصل الزمنية بين الجلسات، فهذا لا يقع ضمن إشكالات وقيود علاجية خاصة، وعموماً تكون الفواصل بحدود جلسة أو جلستين أسبوعياً، ويمكن أن يكون الفاصل الزمني بين جلسة وأخرى عدة أسابيع، أو أن تعقد يومياً.

في بعض الأحيان، بعد انتهاء العلاج بإزالة الخوف الرهابي، نلاحظ وجود رواسب ردود الفعل التخوفية (بقايا) الضعيفة الظاهرة، وهذه يمكن إزالتها بفعل قوة الانفعالات المثبطة التي تصدر عن الفرد تلقائياً خلال سير الحياة اليومية العادية (الفعالية الذاتية).

وقد يطرأ تبدل ضعيف جداً بين الجلسات العلاجية. فأثناء معالجة حالة من حالات رهاب الأماكن المغلقة الشديدة القوة، ظهر تحسن واضح ولكنه غير تام بعد سلسلة من الجلسات الأولى. وهذا التحسن الناقص ظلَّ على حاله خلال فاصل زمني مقداره ثلاث سنوات ونصف من الانقطاع عن العلاج. وبعد هذه المدة بوشر في العلاج مرة ثانية فقادت الجلسات إلى إزالة هذا الرهاب نهائياً.

ويعود فشل جلسات إزالة التحسس عادة إلى الأمور التالية:

١ ـ صعوبة الاسترخاء عند المتعالج.
٢ ـ المقاييس الهرمية غير المناسبة في الأعداد.
٣ ـ القصور في تخيل المشاهد تخيلاً حياً واضحاً عند التعريض.

وعند صعوبة الاسترخاء يمكن مساعدة المريض بإعطائه دواء ديازبام (ڤاليوم) قبل ساعة من الجلسة العلاجية، وأحياناً تزاد الاستجابة الاسترخائية باللجوء إلى التنويم (رفع اليد).

الفصل التاسع

الأساليب المختلفة لإزالة التحسس

إذا لم تُجدِ تقنية إزالة التحسس المنهجي الكلاسيكية في إزالة الاستجابات العُصابية عند بعض المرضى، فلا بد حينئذٍ من اللجوء إلى بدائل أخرى من التقنيات العلاجية السلوكية القائمة على تثبيط معاكس للاستجابات العُصابية اللاتكيُّفية.

ويمكن تقسيم الأشكال الأخرى من تقنية إزالة التحسس المنهجي إلى ثلاثة تصانيف:

١ ـ التصنيف الأول: الأساليب التكنيكية.
٢ ـ التصنيف الثاني: الاستجابات البديلة المناهضة للقلق المستخدمة مع المنبهات التخيلية.
٣ ـ التصنيف الثالث: الطرق التي تتضمن استخدام المنبهات الحقيقية المثيرة للقلق.

ولنشرح الآن كل تصنيف من التصانيف المذكورة.

أ ـ الأشكال التكنيكية

يقوم جوهر هذه الطريقة في إزالة التحسس على عرض المنبهات المتدرجة في الشدة على المريض المسترخي عرضاً ميكانيكياً آلياً،

باستخدام مسجلة الصوت والأشرطة الصوتية. وهذه الطريقة تستخدم في العلاج الفردي والجماعي.

فالرهاب من الأفاعي مثلاً يمكن إطفاؤه بالتطبيق التالي:

يُستخدم شريطان صوتيان بواسطة مسجلتين، وتُسجل على أحد الشريطين ـ بالتسلسل الهرمي ـ المواقف المنتظمة التي يُراد إطفاء إثارتها المخوفة Hierarchy Items، أما الشريط الثاني فيحتوي على تمرين الاسترخاء. ويعمد المريض إلى ضبط الأزرار والمفاتيح المسيطرة على المسجلتين لسماع تعليمات الاسترخاء، وتكرار الموقف، وإيقاف التعريض للمشهد. وقد طور ولبي هذه الطريقة (١٩٦٧) مستخدماً مسجلة واحدة بدلاً من اثنتين لعلاج مريض يبدي اضطراباً شديداً إزاء سلوك يفسره أنه استخفاف بشخصه أو سلوك رفض ولا سيما أثناء التحدُّث أمام الناس (خوف اجتماعي).

وفي هذه الحالة عمد المريض نفسه إلى تسجيل تعليمات الاسترخاء، وبنود المواقف القلقية الهرمية المتدرجة في الشدة وفق إرشاد معالجه، ثم نقل مسجلة الصوت إلى داره، وتمكن بجهده الشخصي من إزالة خوفه بسبع جلسات. وظلَّ محافظاً على نجاح العلاج بمتابعة دامت سنتين.

أما الطريقة الجماعية في هذه التقنية، فتتلخص في جمع المرضى الذين يعانون من الرهاب نفسه بعد تدريبهم على الاسترخاء، وتعريضهم للمواقف بالآلة الصوتية، وفق منحدرات هرمية للوحدات المثيرة للخوف، حتى لو كانت غير متطابقة بينهم، شريطة أن يتأكد المعالج أن المشهد التخيلي الواحد لم يعد يثير القلق عند أي من المرضى، قبل انتقاله إلى الموقف الذي يليه. إن العلاج الجماعي بهذه الطريقة يُوفر الوقت، مع

العلم أن أفضل النتائج التي نحصل عليها في هذا الأسلوب العلاجي هي في المخاوف البيشخصية (الاجتماعية).

ويمكن أن يتمَّ العلاج الجماعي بأن يتخيَّل الأفراد المواقف المدرجة على السلم الهرمي بعد تدريبهم على الاسترخاء. ففي هذه المخاوف يتخيل كل فرد منهم أنه يتكلم مع شخص واحد، ثم مع شخصين، ثم مع ثلاثة أشخاص، وذلك بعد إطفاء الخوف في كل موقف من هذه المواقف.

إن الأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي هي التكرار السلوكي Behavioral rehearsal، وإزالة التحسس التخيلي، ومحاكاة نموذج معين Modelling.

ب ـ الاستجابات البديلة المعاكسة للقلق المستخدمة مع المنبهات التخيلية

(أ) الاستجابة المُثارة من قبل المعالج

سبق وذكرنا أن المقابلة الإكلينيكية العلاجية هي ذاتها تثير عند الكثير من المرضى استجابات انفعالية سلبية وأخرى إيجابية. فالاستجابات السلبية تأخذ صورة القلق، والإيجابية تكون مزيجاً من التوقعات المؤملة والثقة بالمعالج، وترتبط أيضاً بالغرف العلاجية. ويطلق التحليل النفسي على مجموع هذه العواطف اسم: «التحويل الإيجابي» Positive Transference نحو المعالج، بدون أن يكون في مضمون هذا التحويل صورة الأب.

ومثل هذه الاستجابات الانفعالية الإيجابية من شأنه أن يثبط عند المريض القلق الذي يُثار بالتعبير الكلامي خلال المقابلة العلاجية. فالمقابلة المثيرة للانفعالات هي أساس نجاح العلاج في الأنماط الأخرى من المعالجات غير السلوكية. (Eysken 1956).

ومما لا شك فيه أن المعالجين السلوكيين يمكنهم الاستفادة من هذه الاستجابات الإيجابية المناهضة للقلق بما يعادل الإفادة من البلاسيبو.

وعموماً، لا تكون الانفعالات المثارة من قبل المعالج مقصودة ونموذجية في تأثيراتها، إلا أنه يمكن جعلها نموذجية في الاستخدام. فالأفراد الذين يعجزون عن تعلم الاسترخاء، أو الذين يخافون من إحساسات الاسترخاء التي تنتابهم (الشعور بالثقل أو بالخفة أو بالخدر الحسي الخ...) يكون لاستمرار عرض المشاهد التخيلية عليهم بتسلسلها الهرمي قيمة، على أمل أن المشاعر التي يثيرها المعالج تظل مثبطة للقلق، وهذه المشاعر هي الأساس على ما يبدو في إزالة التحسس الناجح بدون استرخاء. وقد تلعب مثل هذه المشاعر الإيجابية دوراً مهماً في إزالة التحسس ميدانياً Vivo.

(٢) بدائل الاسترخاء

هناك العديد من الأساليب التي تنتج التأثيرات ذاتها للجملة العصبية الإعاشية Autonomic effects في تحقيق الهدوء الذاتي على غرار ما نراه في الاسترخاء العضلي. وهذه الأساليب هي:

التدريب على توليد الأفكار Autogenic Trainy، والتأمل واليوغا، والتغذية البيولوجية الراجعة Biofeedback. وهذه التقنيات سنشرحها بتوسع في مقرر التغذية البيولوجية الراجعة.

(٣) الاستجابات الناجمة عن الإثارة الكهربائية

أولاً - إزالة التحسس القائمة على تثبيط القلق باستجابة حركية إشراطية:

سبق ورأينا في تجارب العلاّمة «ولبي» أن إنهاء الصدمة الكهربائية

لحظة يقفز حيوان التجربة (الجرذ) إلى الأعلى (أي عندما ينفذ استجابة حركية) **يُحدث عند الحيوان كفاً إشراطياً للاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية المُثارة في الوقت نفسه بفعل الصدمة الكهربائية.**

وعلى المستوى الإكلينيكي، وجد أن توجيه صدمة كهربائية على يد المريض وهو يتخيل موقفاً مثيراً للخوف يؤدي إلى عَطف اليد (ثني الذراع) أي تثبيط القلق التخوفي. وهذا يمكن تطبيقه لإزالة المخاوف المدرجة على السلم الهرمي بديلاً عن الاستجابة الاسترخائية.

ويحدثنا الدكتور ولبي عن أسوأ رهاب شاهده، وتمكن من علاجه بالطريقة التي ذكرناها. فقد احتاج المريض من ١٥ إلى ٢٥ مرة ثني الساعد **بالصدمة الكهربائية الخفيفة الشدة** حتى خُفضت استجابة الخوف إزاء المنظر الذي يتخيله المريض إلى الصفر في الشدة. فالنشاط العضلي الحركي هنا كان فاعلاً في إضعاف استجابة القلق.

ثانياً: الكفُّ الخارجي External Inhibition

تُلخص هذه التقنية بالتالي:

يتم (إحاطة) تطويق ساعد المريض بضمادين من الشاش المبلل بمحلول ملحي بعرض واحد ونصف إنش، أحدهما يوضع فوق المعصم والثاني على مسافة أعلى من الأول بثلاثة إنشات تقريباً، ويثبت كل ضماد بممسك معدني مطلي بالكروم المانع للصدأ، ومتصل بمنبع كهربائي - بطارية جافة قوة ٩٠ ڤولت، مخرجها Output خاضع لسيطرة مقاوم استطاعته ٥٠ ألف أوم (يمكن اسخدام أقطاب فضة بدلاً من الضمادين). وعندما يضغط المعالج على مفتاح لمدة نصف ثانية يتم توليد نبضات كهربائية Electrical pulsation، ويشعر المريض بالتيار الكهربائي عند الضغط على المفتاح بدون انزعاج أو نفور، وذلك من خلال تعديل قوة

التيار. وفي بعض الحالات يكفي مقدار ضعيف من النبضات الكهربائية. وأحياناً أخرى لا نحصل على التأثيرات المطلوبة إلا بمنبه كهربائي قوي يكفي لإحداث تقلص عضلي قوي في عضلات الساعد.

وقد اتضح في كثير من الحالات أن المريض الذي يشكو من قلق منتشر يكفي إعطاؤه جرعة كهربائية مقدارها من ٨ ـ ١٠ نبضات في الدقيقة كي يتم إضعاف القلق تدريجياً. ففي خلال ٢٠ دقيقة يمكن إيصال وحدات المواقف القلقية المرصودة على السلم الهرمي من درجة قوة ٦٠ إلى الصفر في بعض الأحيان. بعدئذٍ، وما إن نصل إلى التنبيه الكهربائي المناسب نبدأ بعملية إزالة التحسس. وفي بادىء الأمر يتم تعريض المريض إلى مشهد ضعيف جداً، مرصود على السلم الهرمي لوحدات القلق (تخيلياً) مرة أو مرتين، وذلك لتحديد العدد الرقمي لشدة القلق الذي يثيره هذا التخيل للموقف. وحالما يصبح المشهد واضحاً في خيال المتعالج يشير بإصبعه، وفي هذه اللحظة الحاسمة يوجِّه المعالج صدمتين كهربائتين قصيرتين بقوة محددة ومعينة مسبقاً، وبفاصل زمني مقداره ثانية واحدة بين الصدمة الأولى والثانية. وبعد خمس ثوان يطلب إلى المريض أن يتخيل المنظر ثانية، فيرفع المتعالج إصبعه إشعاراً بتخيل المنظر جيداً، فيعرضه المعالج إلى صدمتين أخريين كما ذكرنا. وبعد سلسلة من ٥ ـ ٢٠ تعريضاً مقروناً بصدمات كهربائية من هذا القبيل، يتمُّ تعرف ردِّ فعله التخوفي بعد التعريضات المتلاحقة من التخيل المقرون بالنبضات الكهربائية في ساعده ثم يلي ذلك تعريضه للمنظر التخيلي بدون توجيه نبضات كهربائية لمعرفة درجة زوال خوفه من المنظر.

وقد عالج ولبي امرأة تشكو من رُهاب قيادة السيارة بمفردها. فعندما عولجت بأسلوب إزالة التحسس المنهجي أصابت تحسناً واضحاً

وثابتاً ولكن بصورة بطيئة، إلى أن تمكنت من قيادة السيارة بمفردها ثلاثة أرباع الميل بدون الشعور بأي انزعاج، إلا أنها تعرضت لحدث سبب لها الانزعاج على بعد نصف ميل من منزلها فانتكست.

إذ ذاك قرَّر ولبي تبديل العلاج بإزالة التحسس بتقنية التثبيط الخارجي. وعندما وجد أن توجيه تيار كهربائي خفيفِ الشدةِ لم يكن فعالاً في إزالة خوفها من قيادة السيارة، رفع قوة الصدمة إلى درجة كافية تسبب لها تقلص عضلة الساعد بينما كانت تتخيل ذاتها في مكان محرج مزعج على بعد نصف ميل من منزلها، الأمر الذي أضعف قلقها. ومع تكرار تخيُّل المنظر ٢٠ مرة وتوجيه صدمة كهربائية، تناقص قلقها إلى درجة الصفر. ثم عمد إلى تكرار هذا الأسلوب بالنسبة إلى ثلاثة أرباع الميل الباقية فتحررت من القلق. فتطبيق هذه التقنية أعطى نتائج أسرع من تقنية إزالة التحسس المنهجي الكلاسيكي.

(٤) الاستجابات المثارة بالتخيل المُصنَّع بوساطة الكلام

يمكن أن نخلق مثل هذه الاستجابات المثبطة للقلق والمخاوف بثلاث طرائق: **التخيل العاطفي** Emotive Imagery، **والغضب المستثار** Induced Anger، **والإيحاء المباشر** Direct Suggestion.

أ ـ التخيل الانفعالي أو العاطفي

أول من ابتدع هذه الطريقة لازاروس وأبراموزيتس (١٩٦٢) وتتلخص بعرض المنبهات الهرمية المتسلسلة على المريض في موقف تخيلي تثير فيه العناصر الأخرى استجابات معاكسة للقلق. ولتوضيح ذلك نضرب الحالة العلاجية كمثال:

عالج العالمان مريضاً يبلغ من العمر ١٢ سنة ويخاف من الظلام.

وكانت الغرفة التي ينام فيها مع والدته تضاء بنور خافت، لتبديد الظلمة. وتبين للعالمين أن الولد يخاف بصورة خاصة من الحمام، فلا يجرؤ على دخوله إلا بصحبة أحد أفراد أسرته. وفشلت تمارين التدريب على الاسترخاء في إضعاف خوفه. وكان الولد مولعاً بمسلسلين إذاعيين؛ مسلسل سوبرمان، ومسلسل آخر اسمه «كابتن سيلفر». فطُلب إليه أن يتخيل أن الرجل سوبرمان وكابتن سيلفر عيّناه عميلاً سرياً لهما. وجرى العلاج على الصورة التالية:

قال له المعالج: الآن أرغب في أن تغمض عينيك(١) وتتخيل أنك تجلس في غرفة الطعام مع والدتك ووالدك. إن الوقت في الليل وها أنت تتلقى إشارة من مذياع مربوط في معصمك أن الرجل السوبرمان يطلبك، وعليك أن تنهض وتتوجه إلى غرفة الجلوس لأن مهمتك سرية ولا يجب أن يعرفها أحد. هناك ضياء خافت صادر من الدهليز يضيء الغرفة قليلاً. الآن تخيل أنك تجلس مع السوبرمان والكابتن سيلفر وحدكم في غرفة الجلوس. تخيل ذلك بوضوح تام. إذا كان هذا التخيل يزعجك ارفع يدك اليمنى.

ومع الاستمرار في عرض هذا التسلسل للمشهد التخيلي حتى نهايته، على الطفل أن يكون مطلق الحرية في إعطاء إشارة كلما شعر بالخوف، فيُعاد حينئذٍ تعريضه تخيلياً للمشهد الذي يقلقه مراراً وتكراراً، بطريقة تأكيدية، أو بتعديله ليكون أقل إثارة للتهديد. وفي نهاية الجلسة الثالثة تمكن الولد من تخيل أنه موجود بمفرده في الحمام المظلم الخالي

---

(١) لمزيد من الشرح راجع كتاب: العلاج النفسي بقوة التخيل، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار النشر للمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب في الرياض.

من أي إضاءة بانتظار تلقي تعليمات من السوبرمان، وبذلك أمكن تبديل سلوكه التخوفي.

واتضح بعد متابعة علاجية دامت أحد عشر شهراً أن ما حصله الولد من نجاح علاجي استمر على حاله من غير ضعف أو انتكاس.

وقد استخدمت هذه التقنية مع الكبار. فطلب على سبيل المثال من رجل يشكو من رُهاب المطاعم أن يتخيل ذاته وهو يجلس في المسرح (في الصف الخلفي في بادىء الأمر) يشاهد مشهداً استعراضياً نسائياً عارياً. فثبطت الإثارة الجسدية الجنسية استجابة القلق الضعيفة، وكأن هذا التثبيط للقلق من الأماكن المغلقة البداية لبرنامج إزالة الإشراط التخوفي.

ب ـ الغضب المُستثار

ابتدع هذا الأسلوب غولدشتاين، وسربر، وبياجة (١٩٧٠)، وكان ناجحاً فعالاً في ست حالات من أصل عشر. ويقوم هذا الأسلوب على قرن التخيل المثير للغضب من قبل المريض (المتزايد وبسلوك لفظي وحركي) مع المشاهد المتخيلة المثيرة للخوف (أو المنبهات الحقيقية في غرفة العلاج). وفيما بعد يستخدم المريض الصور التخيلية لإثارة غضبه، بصورة متزامنة مع مواقف الحياة الحقيقية المثيرة لخوفه والتي تصادفه تلقائياً. والحكمة في هذا القرن بين الغضب والخوف في هذا النوع من العلاج أن **المريض يصبح غضوباً وليس خائفاً. فالمريض بهذا الموقف يصبح غير مَعنيٍّ ولا مكترث بالمنبهات المزعجة**. وهذا ما يدعم وجهة النظر القائلة إن العمليات الجوهرية هي في إشراط كفٍّ استجابات الخوف نحو المنبهات الخارجية.

جـ ـ الإيحاء المباشر

وصف لنا روبين Rubin (١٩٧٢) شكلاً آخر من إزالة التحسس

يقوم على أسس استثارة استجابات متنوعة غالباً ما تتضمن خلق حالة **استرخاء بوساطة إيحاء لفظي قوي**. فالاستجابات الإيحائية المعاكسة للقلق هي السمة الأساسية لهذه التقنية. وتبدو هذه التقنية في التطبيق على الشكل التالي:

يطلب روبين من المتعالج ألاّ يتخيل المنظر المطلوب إلاّ بعد إعطائه إشارة. وتُعرض المشاهد التخيلية على المتعالج بدون التقيد بتسلسلها ومراتبها على السلم الهرمي. إلا أن المشهد الأضعف إثارة للقلق هو الذي يُنتقى إذا اتضح أن المشهد الآخر بدا مزعجاً جداً. ونفهم هذه التقنية في التطبيق من خلال سياق الحالة التالية:

امرأة عمرها ٣٦ سنة تشكو من ردود فعل قلق إشراطية نحو مواقف مختلفة، ومن ضمنها الجلوس على طاولة العشاء، ووضع مواد التجميل على وجهها، وقيامها بالعمل، والذهاب إلى صالات التجميل (مخاوف متعددة). وقد تشعبت هذه المخاوف وانتشرت خلال سنتين عندما صارت أسيرة رجفان يديها بينما كانت تتناول القهوة في المطعم، لحظة شعرت بتشنج أصابها في رقبتها من المنطقة الخلفية القحفية.

وتجدر الإشارة إلى أن والدتها أصيبت بسكتة دماغية قبل خمس سنوات، نجم عنها حدوث حُبسة كلام Aphasia. فربطت المريضة بين تشنج رقبتها والسكتة الدماغية، وأصبحت متخوفة من إصابتها بما أصاب أمها.

وإليك ما قال لها روبين بعد أن أوضح لها أن الإشراطات المنتشرة المتلاحقة حدثت لها بفعل خبرة القلق الأولى، أي الخوف من تشنج الرقبة، وتأويلاتها الخاطئة لهذا التشنج بربطه بمرض والدتها:

«الآن سأصف لك سلسلة من المشاهد. عليك أن تنصتي باهتمام إلى ما أصفه لك، ولكن لا تحاولي أن تتخيلي أي شيء إلى أن أعطيك الإشارة بذلك بالعدِّ حتى الرقم ثلاثة. وعند التخيل عليك رفع أصبعك، وخفض الأصبع عند إنجاز التخيل.

أول مشهد أرغب أن تتخيليه هو أثناء جلوسك إلى الطاولة في المطبخ لتتناولي طعامك. لقد أعْدَدتِ طعاماً شهياً وأنت متضورة جوعاً. وعندما جلست لتتناولي اللحم الشهي شعرتِ بالراحة وبمشاعر سارة في الاستمتاع بالطعام اللذيذ وبالاسترخاء. أنت الآن غير قلقة، وغير مهتمة بأي قلق. قد تشعرين ببعض الألم والانزعاج خلف رقبتك وفي رأسك ومع ذلك لا تأبهين كثيراً لهذا الألم. إنك في حالة جيدة. إنها لمشاعر سارة حقاً جداً الجلوس إلى الطاولة لتناول الطعام اللذيذ، والاستمتاع بالاسترخاء.

عندما أعدُّ حتى العدد ثلاثة ابدئي بالتخيل وارفعي أصبعك اليسرى إشعاراً ببدء التخيل. لا تخفضي أصبعك إلا إذا انتهى التخيل الذي وصفته لك..

وطالما أن المريضة تشير إلى تخيل مرضٍ، فإن الوصف التخيلي التصنيعي، الذي ذكرنا نبذة عنه بغرض الإيضاح، يتزايد ويتنمق بالصورة المريحة الاسترخائية الموحية بالاطمئنان، والمعاكسة للقلق. وهنا يُحِسن ذكر المزيد من المشاهد الوصفية التخيلية المطروحة على المتعالجة والمرتبطة باستخدام مواد التجميل، والخوف من العمل، والخوف من زيارة بيوت الآخرين وتناول الطعام فيها، وأيضاً تناول الطعام في المطاعم وغير ذلك من المواقف التي تثير القلق.

«أنت تذهبين إلى صالون التجميل، أنتِ متآلفة مع المكان، تدخلين إليه فتشعرين بمشاعر الاسترخاء الكبير والراحة الجمة. أنا أعرف عندما أذهب إلى الحلاق أنها فرصة لي لأسترخي، وفي أكثر الإحيان أشعر بالوسن، وفي بعض الأوقات قد أشعر بالألم في رأسي فهذا إن حدث لا يزعجني ولا يخيفني. وهذا بالضبط ما أشعر به.

الآن عندما أعطيك الإشارة المناسبة، أرغب في أن تتخيلي ما وصفته لك في صالون الحلاقة. تشعرين بالألم في رأسك ورقبتك ولكن هذا لا يقلقك أو يزعجك... ولا يعرضك للسكتة الدماغية».

شاهد المعالج هذه المريضة أربع مرات، وقد تحسنت حالتها تحسناً ملحوظاً وتمكنت من العودة إلى ممارسة عملها.

إن النموذج الكلاسيكي للعلاج التنويمي الذي يقوم على الإيحاء المُضعف للأعراض، والذي يعتمد اعتماداً كبيراً على الإيحاء بعد التنويم هو طريق مضلل لا يوصل إلى تبديل السلوك، لذا فإن تقنية روبين التي ذكرناها طرحت الاستجابات الإيحائية المباشرة المناهضة لاستجابات القلق.

د ـ استجابات النشاط البدني المعاكسة للقلق

نقصد هنا إزالة التحسس من القلق من خلال ممارسة النشاطات البدنية كالقراءة مثلاً، أو الحركات والتدريبات الشرقية مثل الكاراتيه وغيرها. وقد وجد فارمر Farmer ورايت Wright أن النشاط العضلي الممارس بذاته يمكن استغلاله واستثماره لإزالة القلق، كما سنرى في المثال التطبيقي التالي.

مريض يعاني من القلق لمراقبته الدائمة لضربات قلبه، ولم ينجح

معه العلاج الكلاسيكي بإزالة التحسس، كما فشلت تقنية التثبيط الخارجي في إزالة هذا القلق، فلجأ المعالج إلى **وصف القراءة له**، فتحسنت حالته في إزالة خوفه من ضربات قلبه.

وهناك طريقة أخرى تدخل في هذا التصنيف هي إزالة احتباس الهواء في الرئة التي ابتدعها أوروين Orwin (١٩٧١). ويُطلب إلى المتعالج حبس الهواء في صدره بالقدر الذي يتحمله إلى الحد الذي يعطي خلاله إشارة بإصبعه إلى المعالج مبيناً أنه لم يعد قادراً على الاستمرار. في هذه اللحظة بالذات يُعرَض على المتعالج المنبه المخوف الواجب أن يتخيله (أي قرن الانزعاج من حبس الهواء مع العنصر المخوف)، ثم يستعيد المتعالج بعدها تنفسه الطبيعي. فضيق التنفس والانزعاج يعاكس عنصر القلق فيطفئه أو يضعفه (أي معاكسة القلق الأصلي بانزعاج مضاد أقوى منه). وأفادنا أوروين أنه عالج بهذه الطريقة ستة مرضى يشكون من رهاب عاشوه طوال حياتهم، فتحرروا منه بسرعة مثل رهاب العناكب وغيره.

هـ - التثبيط الفارماكولوجي للقلق بواسطة الغاز

إن الفعالية القوية المضادة للقلق لمزيج الأكسجين مع ثاني أوكسيد الفحم أضحت تقنية موثوق بها في التعامل مع عادات قلق نوعية.

وأفادنا فيلبوت Philpott (١٩٦٧) أنه تمكَّن من إزالة التحسس لمواقف قلق رُتبت ترتيباً هرمياً من خلال عرض هذه المواقف تخيلياً على المريض تعريضاً متزامناً مع استنشاق المريض لمزيج هذا الغاز الذي يحدث له درجة متوسطة من فرط التهوية الرئوية لعدةٍ ثوان (تثبيط الخوف باستجابة انزعاجية)، وحصل ولبي على نتائج مرضية في تطبيقه الواسع لهذه التقنية في علاج اضطرابات القلق عموماً.

(٥) الطرق التي تستخدم المنبهات الحقيقية المثيرة للقلق

عندما لا يمتلك المرضى القدرة على التخيلية المناسبة لإخضاعهم إلى تقنية إزالة التحسس المنهجي، فلا بد والحالة هذه من تعريضهم إلى المواقف المثيرة للخوف كما تبدو في الحياة، أو تعريضهم لصور (أفلام) تمثل هذه المواقف، أو الطلب إليهم تقليد سلوكيات نموذجية مناهضة للخوف ينفذها أحد الأشخاص.

نسمي الطريقة الأولى إزالة التحسس بالتعريض الميداني الواقعي Vivo disensitization، ويتعرض فيها المريض إلى منبهات واقعية متدرجة القوة في إثارة القلق، وهي مماثلة في التطبيق والتكنيك لأسلوب إزالة التحسس المنهجي بالتخيل. والطريقة الثانية نسميها محاكاة أو تقليد أسلوب نموذجي Modelling، ويقلد فيها المريض سلوك شخص لا يخاف من الموقف الذي يخاف منه المريض.

وفي تطبيق إزالة التحسس الميداني لا بد للمريض، الذي سبق وتمت إزالة خوفه عن طريق التخيل، من تعزيز إزالة الخوف بتعريضه ميدانياً إلى الخوف كما يبدو في الحياة. فالشخص الذي يخاف قيادة السيارة على سبيل المثال، نطلب أن يقود سيارته إلى المسافة التي تمت إزالة الخوف منها عن طريق تخيل هذه المسافة.

ويبين لنا فريمان Freeman حالة شابة تخاف من القطط. طلب إليها أن تمسك قِطعاً مماثلة للون فراء القط. ثم عرَّضها إلى صور القطط، وتلى ذلك تعريضها لقطط مصنوعة (ألعاب)، وأخيراً عرَّضها إلى صغار القطط، ونقلها فيما بعد إلى قطط كبيرة، فأزال خوفها من القطط بهذا التدرج التعريضي (لاحظ التدرج التعريضي الميداني المماثل للتعريض التخيلي المتدرج).

وفي تقنية المحاكاة، يقوم فرد ما بالتعامل مع موقف يخاف منه المريض (وليكن قطة أو أفعى أو كلباً) فيعمل الأخير على مراقبة سلوك الأول وتنفيذ ما يفعله وبذلك تضعف مخاوفه.

مثالنا على ذلك الولد الذي يخاف من عيادة طبيب الأسنان، حيث يعالج الطبيب على الكرسي ولداً هادئاً لا يبدي استجابة تخوفية عند المعالجة (ولا سيما حفر الضرس)، ثم نطلب إلى الولد الذي يخاف العلاج ويشهد معالجة الولد الأول أن يقلده بسلوكه حينما يقعد على كرسي المعالجة. ويمكن أيضاً تطبيق هذه التقنية عن طريق التخيل (راجع كتاب العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل تأليف محمد حجار إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب حيث تجد أمثلة كثيرة جداً في تطبيق هذه التقنية).



الفصل العاشر

الأساليب التي تتضمن إثارة القلق الشديد

من المعلوم أن استراتيجيات إزالة التحسس المنهجية تثير استجابات تخوفية ضعيفة يمكن مناهضتها بالأساليب التي ذكرناها. أما الأساليب التي تثير القلق الشديد فهي على عكس الأولى حيث يتم فيها إثارة القلق الشديد، والعمل على تثبيطه باستجابات معاكسة.

نعدُّ من هذه الأساليب:

ـ التنفيس الانفعالي Olreaction الذي يتم فيه تحريض الاستجابات الانفعالية الراضة المخوفة بتذكرها وإبرازها إلى ساحة الوعي (الإشراطات العُصابية).

ـ الإغراق Flooding، وفي هذه التقنية يتم تحريض القلق الشديد إما تخيلياً أو واقعياً كما يبدو من خلال تعريض المريض له.

تنتمي استراتيجيات الإغراق إلى العلاج السلوكي لأنها تبدل السلوك المضطرب من خلال إثارة منبهاته. أما التنفيس فلا يعتبر من الناحية العملية تقنية علاجية سلوكية، لأنها تُعد بمثابة تفريغ للمحتويات الراضة النفسية المكبوتة، ولا يمكن **التنبؤ بنتائجه ولا بنتاجه** رغم أن الإغراق والتنفيس ينفذان بالإجراءات ذاتها.

١ ـ التنفيس الانفعالي

هو عبارة عن إثارة انفعال قوي مكبوت مصحوب بخبرة خوف راضة ماضية قوية.

ـ ويتبع بعض عمليات التنفيس تبدلات علاجية، بينما البعض الآخر منها لا يترتب عليها ذلك، هذا إذا لم تزد من سوء حالة المريض، لذلك لا يمكن ضمان نتائج هذه التقنية، نظراً لأنها استجابات فردية تختلف من فرد إلى آخر، ولا نعرف من الذي سيستفيد ومن الذي ستسوء حالته. والفائدة العلاجية لا تحدث من خلال تذكُّر الخبرات الراضة كما كان يظن في السابق، ولكن من خلال العلاقة النفسية العلاجية القائمة بين المعالج والمتعالج اللذين ينفذان التقنية في مكان آمِن. وأحياناً يحدث التنفيس تلقائياً من خلال تطبيق عمِلية إزالة التحسس المنهجية.

٢ ـ تقنية الإغراق

ذُكرت أول تجربة أصابت نجاحاً بواسطة هذه التقنية في كتاب اسمه «تجارب حديثة في علم النفس» للعلامة كرافتش ورفاقه عام ١٩٣٨، أجراها طبيب لم يذكر اسمه. وهذه التجربة هي التالية:

مريضة شابة كانت تخاف ركوب الحافلات إلا في الطرق المألوفة المطروقة، كماكانت تصاب بالضيق والكرب الشديد والخوف عندما تعبر الأنفاق والجسور.

وفي أحد الأيام أمرها طبيبها (وهو طبيب بشري) أن تركب السيارة من بيتها إلى مكتبه الواقع في مدينة نيويورك. كانت المسافة حوالي ٥٠ ميلاً. والطريق ذاته يمر عبر جسور وأنفاق طويلة. وصباح اليوم الذي ركبت فيه السيارة كانت في حالة جزع مع شعور بالغثيان والتعب. واستمر

الرعب الذي انتابها خلال سيرها في الطريق، ولكنه أخذ يتلاشىٰ ويضعف كلما اقتربت من عيادة طبيبها. وفي عودتها إلى دارها كانت الرحلة أقل إثارة لخوفها بل بدون اضطراب انفعالي. ومن خلال تكرار رحلاتها المكوكية من دارها إلى عيادة الطبيب وبالعكس بدا سفرها مريحاً وبدون خوف.

فالتعريض المستمر كان السبب في إطفاء هذا الرهاب.

وكما ذكرنا يكون التعريض تخيلياً أو ميدانياً أو الاثنين معاً.

إن المريض الذي يخاف من الرسوب في الامتحانات للعديد من الأسباب نطلب إليه أن يذكر هذه الأسباب، ثم يجلس ويتخيلها بأعلى حيويتها وسلبيتها، ومع تكراره لهذه التخيلات السلبية التعريضية، نرى أن خوفه من الامتحان قد ضعف إلى حد كبير. ويسمي ستابفل هذه التقنية «بالتفجير الداخلي Impolsive» ويعلل هذا الإطفاء للخوف أن المريض إذا ما تعرض بإلحاح وإصرار إلى مواقف المنبه المثير للقلق الإشراطي، مع عدم تعزيز القلق بمنبه غير إشراطي، فإن استجابة القلق سيصيبها الإطفاء.

ولتجنب الاحتمال السلبي للتعريض الذي قد يزداد فيه الخوف بفعل ارتباطه بمنبهات غير إفراطية، فإن الحكمة تقضي استخدام المنبهات المتوسطة المثيرة للشدة فقط، عند تعريض المريض لمدة طويلة نسبياً. ويتعين استمرار التعرض للمنبهات حتى تظهر بينة على تضاؤل القلق بوجودها، حيث تبرهن التجربة على أن التعرض الإغريقي أنتج تثبيطاً مضاداً لاستجابة القلق. فإذا صدف وتمَّ إبعاد المنبه المثير للقلق إبعاداً مبكراً حيث لم يتوافر الوقت حتى تظهر العملية المثبطة للقلق، فإن تناقص القلق الذي يلي إبعاد المنبه المثير للقلق من شأنه تعزيز القلق عادة. ومثل

هذا التعريض الناقص للمنبه هو السبب الرئيسي في ظهور مقاومة في وجه إطفاء العادات العصبية عند الإنسان والحيوان على السواء (ولبي ١٩٥٨). والمثال التالي يوضح تقنية التعرض المتوسط الشدة، مبيناً أنها الأكثر تجاوباً ونجاحاً في عملية الإغراق:

امرأة تشكو من رهاب شديد مزمن من الطيور الميتة ومن الخفافيش. لم تنجح معها تقنية التعريض الإغراقي التخيلي كثيراً، لأنها لم تُثر درجة القلق إلى المستوى المطلوب، فقرر المعالج وبالاتفاق معها تطبيق الإغراق الميداني الواقعي.

جلست المريضة على الكرسي، وأُخذت عينة من دمها قبل إجراء التجربة العلاجية لمعرفة الخط القاعدي لمستوى الكوريتزول لمدة ساعتين (وريد مفتوح لأخذ العينات). وخلال ذلك أحضر طائران ميتان يحملان مواصفات تحريض الخوف لدى المريضة (طير أسود اللون، وآخر ذيال شبيه بالحجل).

ثم أُعلمت المريضة أن الطائر الأسود سيتم جلبه، وأُعطيت وصفاً لفظياً حياً لشكله، فأحدث لها هذا الوصف قلقاً، ولكنه لم يصل إلى مستوى الجزع. ثم طلب إليها المعالج أن تغمض عينيها أثناء إحضار الطير الأسود الميت المدلى برأسه إلى الأسفل ووضعه على بعد سبعة أقدام منها. ثم أوعز المعالج إليها أن تفتح عينيها وتنظر إليه، لكنها رفضت. وبعد دقيقتين رمقت الطير بنظرة خاطفة، فزعقت زعقة عالية وارتعشت، وأعلمت المعالج أنها لن تفتح عينيها ثانية. وبعد أن لاطفها المعالج قبلت أن تفتح عينيها، إلا أن الفزع أصابها مرة ثانية وبدرجة أكبر من المرة الأولى، فأبعد المعالج الطير ووضعه على مسافة عشرة أقدام، وهذا التصرف أعطاها الارتياح النسبي، إذ بعد نصف دقيقة فتحت عينيها

ونظرت إلى الطير مدة ثلاث ثوان، ولكنها صرخت واهتزت. بعد ذلك فتحت عينيها لفترات أطول، وفي المرة الخامسة تمكنت من أن تثبِّت نظرها على الطير وتتمعن فيه بدون إغلاق عينيها. ثم قرب المعالج المسافة وطلب إليها أن تتعامل مع الطير بمثل ما تعاملت معه في المرة السابقة، إلى أن وصلت المسافة إلى أقرب نقطة، حيث وضعت يدها على الطير في نهاية الأمر. ومن خلال مقارنة عينات الكورتيزول المأخوذة اتضح رجوع مستوى الكورتيزول إلى الخط القاعدي السابق الذي يؤكد انطفاء الخوف.

إن التدرج في التعريض مهم جداً من أجل الإضعاف المترقي لاستجابة القلق حتى لا تظهر مقاومة ضد الإطفاء والحصول على تبديل السلوك المطلوب.

ويحسن هنا أن نقيِّم العلاج الإغراقي بالتالي:

(١) العلاج الإغراقي هو إضافة مهمة لتقنيات العلاج السلوكي.

(٢) بالمقارنة مع العلاج المزيل للتحسس التخيلي فهو أسلوب مزعج غير سار، قد يترتب عليه توقف المريض عن الاستمرار في العلاج به، ولا يصلح لمرضى الربو والقلب، ولكنه أسرع من العلاج المزيل للتحسس المنهجي التخيلي.

(٣) يجب ألا يكون العلاج المختار في الصف الأول.

(٤) في التجارب التي تمت على الحيوانات أعطت تقنية إزالة التحسس المنهجي نتائج أفضل من تقنية الإغراق.

(٥) اتضح أن تقنية الإغراق هي أكثر فعالية في علاج رهاب الساح Agoraphobia ولكنها أقل فعالية في بعض أنواع الأخرى من الرهاب.

(٦) اتضح، في دراسات حديثة أجريت، وتضمنت عينة ضبط تجريبي، عدم وجود فروق في الفعالية العلاجية بين تقنية الإغراق وإزالة التحسس المنهجية (Mathew 1974).

(٧) أفضل استطباب لتقنية الإغراق هو علاج العُصاب الوسواسي ـ الجبري الذي يتضمن سلوكيات جبرية مثل الخوف من القذارة أو التلوث بالجراثيم.

٣ ـ العلاج بواسطة السلوك المناقض المعاكس Pardoxical intention أو الممارسة السلبية Negative practice.

على غرار تقنية الإغراق تثير هذه التقنية مستويات عالية من القلق، ويعود الفضل في ابتداعها إلى فيكتور فرانكل (١٩٦٠).

وتقوم هذه النظرية على إثارة السلوك اللاتكيفي بالإرادة (كالعرّات العصبية) حيث يجد المريض صعوبة في هذا التصنيع لأعراضه، وتبدلاً في الوقت نفسه في موقفه نحو عُصابه.

وتحدث هذه التقنية شفاءاً سريعاً في بعض الأحيان، وفي أحيانٍ أخرى تتطلب تدريباً متكرراً عدة شهور. ويمكن إيضاح هذه التقنية بالمثال التالي:

امرأة تخاف تناول الطعام في المطاعم، لأنها كانت تعمد إلى التقيؤ أثناء تناولها العشاء مع زوجها وأصدقائها، وتخرج من معدتها أكبر مقدار من الطعام. فنصحها المعالج أن تعرِّض نفسها إلى الموقف الذي تخاف منه. وخلال ستة أشهر تلاشى خوفها من التقيؤ بعد هذا التعريض الإرادي الذي وُصف لها. واستمر تحررها من الخوف بعد متابعة دامت شهرين.

تُستخدم هذه التقنية أكثر ما تُستخدم من قبل المعالجين السلوكيين

في علاج الأرق واضطرابات النوم (Asher 1978)، ونلجأ إليها عادة عندما تفشل الطرق الأخرى.

ولقد ذكرنا أن العرّات العصبية وتل الشعر تعالج بهذه الطريقة. وفي اضطرابات النوم يلجأ المريض إلى إثارة المنبهات التي تخلق الأرق عنده. والشيء نفسه ينطبق على العصاب الوسواسي.



الفصل الحادي عشر

طرق الإشراط الإجرائي

Operant Conditioning Methods

هناك عملية تعلُّم واحدة فقط، والتمييز بين الإشراط الإجرائي والاستجابي Respondent ليس في طبيعة الإشراط بل في كون الأول غير إرادي، أي أنه صادر عن الجملة العصبية الإعاشية بينما الثاني سلوكي حركي. وبعض الاستجابات المعرفية يمكن أن تعزَّز بالإثابات الخارجية (Cautella 1970).

وتخضع بعض استجابات الجملة العصبية الإعاشية للسيطرة بالمكافآت (Miller 1968)، إلا أن المقاومة التي تبديها استجابات القلق العُصابية إزاء الإطفاء تُعزى إلى التعزيز السلبي بالدرجة الأولى.

والطرق الإجرائية المستخدمة في الممارسة الإكلينيكية مستوحاة من تجارب العلامة سكينر ورفاقه.

إلا أننا لا نرى تطبيقات سكينر بوضوح في علاج العُصابات النفسية ذلك لأن العصابات هي عادات، مصدرها الجملة العصبية الإعاشية، بينما

نلاحظ الإشراط الإجرائي للاستجابات الحركية في التدريب على تأكيد الذات.

وهناك العديد من العادات اللاتكيفية عند مرضى العُصاب النفسي حيث تكون أساليب العلاج الإجرائي (العقاب والمكافأة) أساسية. مثالنا على ذلك العلاقات البيشخصية Interpersonal (ضبط سلوك الأولاد العدواني)، وكذلك عادات قضم الأظافر ونتف الشعر، ومص الأصبع، والتباطؤ المزمن في الأداء، والميل نحو الشرود الذهني عند أداء العمل، والانحرافات السلوكية عموماً. وسيقتصر كلامنا هنا على ذكر طرق إشراطية ثلاث هي: التعزيز الإيجابي، التعزيز السلبي، الإطفاء.

أولاً: التعزيز الإيجابي

نفهم من معنى التعزيز الإيجابي أنه حالة من الأعمال تليها استجابة، وتخدم عملية زيادة معدل الاستجابة، ويمكن تسميته بالمعزز Reinforcer. فالمكافأة تسمى معزِّزاً، كذلك الطعام، والماء، والجنس، والمال، والسيطرة، والقبول، والمحبة، جميع هذه المنبهات تدرج في إطار معززات إجرائية عندما تزيد من قوة الاستجابة في موقف منبه (إثارة) معين.

ويعتبر العلامة هوم Homme (١٩٦٥)، أن المعززات تشمل **سلوكيات الاحتمالات والتوقعات القوية عند الفرد**. فقوة التعزيزات تبدأ من التقاط الحبوب من قبل الحمام الزاجل إلى أكثر تعقيدات السلوك البشري.

وفي ميدان تبديل السلوك العلاجي، سبق وذكرنا أن السلوك الحركي لتأكيد الذات يتعزَّز بنتائج الإنجازات، أي بالنصر الذي يحرزه

المتعالج في علاقاته البيشخصية، وفيما بعد بقبول المعالج.

إن الأمثلة العلاجية البسيطة على أهمية التعزيز نجدها في المشكلات السلوكية وفي الكتب التربوية التي تعالج أساليب ضبط السلوك الطائش عند الأولاد من قبل الآباء(١).

وقد تناولت معظم الدراسات الأولية مرضى الفصام المزمن في تعزيز السلوك الإيجابي، ونحن نعلم **أن مرض الفصام لا يُشفى**. إلا أن مبدأ تبديل بعض العادات عند هؤلاء يمكن تنفيذه بوساطة تعزيز الاستجابات الإيجابية المبدلة للعادات.

ونورد ها هنا ميادين الحالات التي يستخدم فيها التعزيز الإيجابي:

١ ـ برامج التعزيز الإيجابي للسلوكيات المطلوبة عند الذهانيين.

٢ ـ علاج القمه العصبي (فقدان الشهية النفسي المنشأ Anorexia nervosa وهو اضطراب عُصابي) بالتعزيز الإيجابي.

عالج كل من باشراس وموهر (١٩٦٥) امرأة عمرها ٣٧ سنة انخفض وزنها إلى ٤٧ رطلاً إنكليزياً نتيجة امتناعها عن تناول الطعام رغم جميع المعالجات الطبية الدوائية التي وصفت لها.

ولأهداف العلاج السلوكي، تمَّ نقلها من غرفتها الجميلة في المستشفى إلى مكان متواضع يتألف أثاثه من سرير، وكرسي، وطاولة عليها مصباح كهربائي، وكان يتعين على كل واحد من المعالجين الثلاثة أن يتناول معها وجبة طعام واحدة يومياً. وقد تضمن برنامج التعزيز،

---

(١) راجع كتاب: كيف تعالج متاعبك من سلوك ولدك، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار طلاس للنشر عام ١٩٩٠ م.

التعزيز الكلامي للحركات المصاحبة للطعام. وعندما كانت المريضة تحرك شوكة الطعام التي بيدها نحو لقمة الطعام لالتقاطها، كان المعالج يتكلم معها بأمور تسترعي الانتباه (تشتيت انتباهها فلا تركِّزه على الطعام). وكانت الاستجابة المطلوبة لاستثارة هذه المحادثة تتابعية لتجعلها تضع الطعام في فمها وتمضغه وتبتلعه.

وطُبِّق برنامج مماثل هدفه رفع وتيرة احتياجاتها المتزايدة لمقادير الطعام التي استهلكتها. ففي بداية الأمر كان أي مقدار من الطعام تتناوله يعتبر أساساً لتعزيز لاحق (مذياع، جهاز تلفاز يُجلب أحدهما من قبل الممرضة بناء على طلب المعالج). فإذا امتنعت المريضة عن لمس الطعام أمام المعالج فلا تحصل على أي تعزيز حتى للوجبة التالية. وكلما ازداد تناولها للطعام كانت تتلقى تبعاً لذلك التعزيز (المكافآت) إلى أن تأتي على كمل الوجبة المحددة لها. وبعد شهرين زاد وزنها بمقدار ١٤ رطلاً وخرجت من المستشفى لتعالج معالجة جوالة Out patient خارج المستشفى، واستمر إمدادها بالتعزيز الإيجابي في دارها بالتعاون مع أسرتها. وبعد مدة ١٨ شهراً وصل وزنها إلى ٨٨ رطلاً إنكليزياً.

هناك العديد من الحالات المماثلة تمَّ علاجها بالتعزيز الإيجابي (برنامج مكافآت) ولكن بدون إجراء التحليل السلوكي (وهذا أمر مهم في كل علاج سلوكي) فكان نصيبها الفشل. فالمعالج السلوكي الحق الناجح هو الذي لديه إلمام واسع، وفهم تام بتعقيدات الإشراط، وعليه أن يعرف تركيب المنبه ـ الاستجابة (وهذا مهم جداً).

٣ ـ رغم أن برامج الإشراط الإجرائي ليس لها دورٌ كبير في علاج المخاوف اللاتكيفية، إلاّ أنها تكون أحياناً ملائمة بالنسبة إلى أولئك الذين يعانون من سلوك تجنبي فيزيائي بيئي؛ مثل مخاوف المدرسة.

٤ ـ استُخْدِم الإشراط الإجرائي، كما ذكرنا، على نطاق واسع في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال. كما أن بعض المشكلات النفسية حازت على اهتمام كبير في علاجها بالطرق الإشراطية الإجرائية مثل السلس البولي عند الأطفال. فالطفل الذي يتناول كميات كبيرة من السوائل بدون قيود تتم إثابته بالحلوى، أو بشيء يرغبه، إذا أمسك عن تبوله لمُدد متزايدة.

ففي البداية يكافأ إذا ما أمسك نفسه عن التبول لمدة خمس دقائق بعد أن يُبَلِّغ عن حاجته للتبول، ومن ثم تطوَّل المدة في الكفَّ عن التبوال كفّاً متزايداً. ومن المعروف أن الكفَّ عن التبوال (حبس البول في المثانة) يتشكل بالتعزيز الإيجابي. وقد نجحت هذه الطريقة في شفاء ثلاث حالات سلس بولي ليلي خلال أسبوع واحد. وتعالج مشكلة التغوط في الألبسة عند الأطفال (سلس الغائط) بالطريقة ذاتها لجعل الطفل يتغوط في المرحاض.

٥ ـ يُستخدم الإشراط الإجرائي (الإثابة) أيضاً في علاج الاستمناء المنفذ بتخيل الاتصال الجنسي المنحرف بتحويله إلى تخيل الاتصال بالنسوة (ماركيز ١٩٧٠).

ويُطلب إلى المريض أن يجري عملية استمناء Masturbation إلى أن يصل إلى النقطة التي يشعر فيها بدنو الدفق Orgazm، وتترك له حرية التخيل بأي شيء لإثارة نفسه جنسياً. وما أن يشعر بدنو الدفق ينقل تخيله إلى جماع مع امرأة تمَّ الاتفاق مع المعالج على تخيلها (قرن الدفق ولذته العارمة بالمرأة).

ويلفت نظر المتعالج أنه في بداية الأمر سيواجه صعوبات، إلا أنه

لن يفقد إثارته الجنسية في ذلك الموقف. وعندما ينجح بالتحول إلى المنبه الملائم المطلوب (المرأة) لعدة مرات (٤، ٥ مرات)، يُطلب إليه أن يتخيل المنبه المناسب (المرأة) والبدء بالاستمناء. وهنا يؤخذ منه التزام قاطع في بداية التدريب العلاجي بألا يستمر بتخيل الأمور غير الملائمة التي كان يتخيلها سابقاً حتى الوصول إلى الدفق، سواء أكان في الاستمناء أم في الجماع الجنسي الفعلي. وكل تناقص في الإثارة الجنسية في تحوله التخيلي يُعدُّ إشارة إلى أن المتعالج قد تبادل التخيلات بسرعة، لذا يطلب إليه المعالج العودة إلى تخيلاته الأصلية فلا يتحول إلى التخيل الجديد المطلوب (المرأة) إلا بعد أن يكون في ذروة الإثارة الجنسية.

من أصل ١٥ حالة من هذا القبيل عالجها ماركيس Marquis، شُفي خمسة أفراد، وتحسَّن سبعة منهم تحسناً ملحوظاً.

٦ ـ إن التطبيقات الاستكشافية السابرة لتقنيات الإشراط الإجرائي في سلوك الانحراف (تايلور ١٩٦٥) أعطت نتائج مشجعة. فقد عالج تايلور ٤٠ مريضاً منحرفاً بالأساليب الإشراطية التعزيزية. وبعد متابعة دامت ثلاث سنوات لعشرين منهم كشفت عن تضاؤل مهم في تكرار جرائمهم وشدتها بالمقارنة مع عينة ضابطة تجريبية لم تخضع للعلاج. وتمكن تايلور ورفيقه من إضعاف سلوك تخريبي عند ولد منحرف عمره ١٣ سنة، وذلك بعزله عندما يُقدِم على سلوك مضاد للمجتمع، وإثابته عند إبداء سلوك اجتماعي مقبول.

ويطالعنا توماس (١٩٦٨) بالقواعد الناظمة لفعالية التعزيز الإيجابي التالية:

أ ـ الاستجابة المراد تعزيزها يجب أن تُولد أولاً وتُثار، وإلا فإن التعزيز يكون مستحيلاً.

ب ـ يجب ألا يتأخر التعزيز (أي إثابة السلوك المراد تعزيزه)، فكلَّما كان التعزيز سريعاً وفورياً كان التعزيز ناجحاً.

جـ ـ التعزيز لأي استجابة مرغوبة تمت إثارتها هو الأكثر فعالية في ترسيخ السلوك المرغوب.

د ـ المعززات الملائمة لسلوك معين عند فرد ما ربما لا تكون بالضرورة مناسبة عند فرد آخر.

ثانياً: التعزيز الإيجابي الخفي أو المستتر

Covert positive reinforcement

ابتدع كل من كوتيلا وول (١٩٨٠) أسلوباً أسمياه «التعزيز المستتر أو الخفي». في هذا الأسلوب يتم عرض الاستجابة الواجب تعزيزها، والمعزز، وذلك بفرض تخيلهما. ويفيد كوتيلا أنه استخدم هذه الطريقة بنجاح في علاج الرهاب، والوساوس، واللوطية، والبدانة. ولفهم هذه التقنية نشرح التالي:

الخطوة الأولى هي في معرفة المنبهات التي تؤدي دور المعززات Reinforcers، ويتم ذلك من خلال استجابات المريض إزاء برنامج يشمل الكثير من المعززات. فكل بند يبدي فيه المريض مسرة عالية، يتم معاينته بغرض معرفة قدرة المريض على تخيله بوضوح كما يستحضره تخيلياً عند الطلب، ويتعين على المتعالج أن يكون قادراً على تخيل المعزز المرغوب فيه مدة ٥ ثوان، ليكون هذا المعزز قابلاً للاستخدام. ولعل الحالة العلاجية التالية توضح القصد:

تشكو مريضة من جبرية النظافة، ومن ضمن ذلك عادة طي قطع الألبسة المرة تلو الأخرى (طقوس جبرية)، وفردها بكل دقة في كل مرة.

طبق المعالج تقنية التعزيز الإيجابي المستتر بالطلب إلى المريضة أن

تتخيل نفسها في مواقف متعددة تنخرط في نوعية السلوك، الأول: الامتناع عن تكرار هذا السلوك الجبري، وثانياً: إظهار استجابات معاكسة لهذا السلوك.

عندما أعطت المريضة إشارة إلى أنها تخيلت الاستجابة المناسبة، نطق المعالج بصوت عالٍ بكلمة «تعزيز» الكلمة التي كانت بمثابة منبه Cue بالنسبة إلى المريضة لتخيل الصورة المعززة المحددة سابقاً؛ مثل المشي في غابة أو تناول طعامٍ شهيٍ تحبه. وبهذا الشكل يحرض المعالج الصورة المعززة عندما تعطي المريضة الإشارة إلى أنها تتخيل وتفكر بالتالي: «أنا لا أهتم إذا كانت الألبسة غير ملساء ولا مكوية» أو إذا تخيلت أنها تطوي قطع الثياب المغسولة بسرعة ووضعها مصفوفة حتى لو كانت غير ملساء. بهذه الطريقة القائمة على تخيل السلوكين السابقي الذكر مع إقران كل سلوك بصورة معززة بشكل تخيل سار، تخلصت من هذا السلوك الجبري في ثماني جلسات علاجية، مدة كل جلسة ساعتان. وبمتابعة دامت ١٢ شهراً لم تبدِ المريضة أي عودة انتكاسية لسلوكها الجبري.

غالباً ما ينجح أسلوب التعزيز غير المنظور، ولكن عندما نستخدمه لإزالة إشراط القلق فإن آليته هنا تصبح من نوع الكفِّ المعاكس وليس التعزيز الإيجابي.

ثالثاً: التعزيز السلبي

يعني التعزيز السلبي زيادة قوة الاستجابة من خلال الإزالة الإشراطية لمصدر الانزعاج أو التوتر.

إن استخدام هذه الاستراتيجية يكون أحياناً معقداً، ذلك لأن على المعالج أن يعرِّض المريض لمصدر الإزعاج بالدرجة الأولى، وهذا ما

يترتب عليه أحياناً نتائج معاكسة للعلاج.

ويوضح المثال التالي القصد في آلية التعزيز السلبي الذي هو من خبرات العلامة Ayllon (١٩٦٣) في علاج امرأة مولعة بجمع عدد كبير من المناشف وتخزينها، حيث تعمد هيئة التمريض إلى أخذ هذه المناشف من غرفتها مرتين أسبوعياً.

أمر المعالج Ayllon هيئة التمريض إيقاف أخذ المناشف، وإعطاء المريضة، بصورة متقطعة يومياً، منشفة واحدة بدون تعليق.

فرحت المريضة بهذه السياسة الجديدة، فنظمت مخزونها المتزايد تنظيماً جيداً، بوضع المناشف وتكديسها على الكرسي وطاولة المناشف. وفيما بعد كدست المناشف على الأرض والسرير. وعندما أصبح عدد المناشف كبيراً يُعدُّ بالمئات، عجزت المريضة عن تدبر أمر التكديس، لأن العدد المتزايد من المناشف جعل غرفتها تعج بالفوضى وسوء المنظر. هنا أخذت المريضة تستجدي هيئة التمريض لإيقاف هذا السيل من المناشف لغرفتها، ولكن دون جدوى. وعندما وصل عدد المناشف إلى ٦٠٠ منشفة، أصبحت تكره أي إضافة جديدة وتنفر منها. وحين وصل عدد المناشف ٦٢٥ منشفة في غرفتها، حملت المريضة المنشفة الجديدة التي أدخلتها الممرضة إلى غرفتها ورمتها إلى الخارج لإيقاف هذا التدفق من المناشف. ونظراً إلى أن هذه المنشفة لم تعد ثانية إلى غرفتها، حدث التعزيز السلبي المطلوب في إهمال جمع المناشف. وفيما بعد عمدت المريضة بصورة متصاعدة إلى إزالة المناشف من غرفتها، فتوقف بذلك عمل جلب المناشف إلى غرفتها من قبل الممرضات. وخلال ١٢ شهراً التالية أصبح متوسط عدد المناشف في غرفتها بحدود منشفتين فقط.

أشمل كوتيلا (١٩٧٠) تقنيته الخاصة بالتعزيز المستتر غير المنظور

بالتعزيز السلبي، وأفاد أنه يمكن تطبيق ذلك على المرضى (أو أشخاص التجربة) الذين يجدون سهولة في إثارة الصور الذهنية أو التخيلات غير السارة، أكثر من تخيل الصور السارة. فإذا ما وجد المريض أنها غير سارة في التكلم عنها بصوت خشن، يُطلب إليه أن يتخيلها (عندما يُعطي إشارة أن الصور أضحت واضحة في ذهنه) ليبدلها بصورة الاستجابة المطلوب تزايدها. وهنا يتعين الحذر لضمان قدرة المريض على الانسحاب الفوري من المنبه الكريه، بعد الطلب إليه ذلك، وإبداله بالاستجابة المراد زيادتها وترسيخها. وإذا اتضح بعد عدد من المحاولات وجود تداخل، يتعين والحالة هذه أن يختار مُنبهاً مكرهاً جديداً.

إن هذه التقنية واسعة الانتشار في التطبيق. ولقد أوضح كوتيلا أنه حقق نجاحاً علاجياً يقارب ٩٠٪ من الحالات.

رابعاً: الإطفاء Extinction

نعرِّف الإطفاء أنه الإضعاف المترقي، أو التكرار المتناقص للاستجابة، وذلك عندما يتم إثارتها إثارة متكررة بدون أن يتبعها أي تعزيز.

وأول من طبق هذه التقنية إكلينيكياً (سريرياً) Ayllon وميخائيل (١٩٥٩)، وكان ذلك في علاج امرأة ثابرت على دخول مكتب الممرضات ١٦ مرة يومياً وسطياً لمدة سنتين. وقد تخلّت الممرضات عن جهودهن الرامية إلى إخراجها إلى قاعة المرضى، نظراً لأن المرأة المريضة ضعيفة العقل ويصعب التفاهم معها.

من أجل إطفاء هذه المشكلة السلوكية، أعطيت الممرضات تعليمات بعدم إعطاء المريضة أي تعزيز (أي الاهتمام بها) عندما تدخل

غرفتهن. وكان من جراء ذلك أن تضاءل تكرار ترددها المستمر على المكتب الخاص بالممرضات. إذ تناقص التكرار وسطياً إلى مرتين يومياً وذلك في الأسبوع السابع من تطبيق عملية عدم التعزيز، وهنا انتهى برنامج التطبيق المطلوب.

يبين لنا توماس (١٩٦٨) أن مقاومة الإطفاء غالباً ما تكون عالية في الحالات الإكلينيكية، لأن الاستجابات تكون مرسخة ومستمرة لفترات طويلة بالتعزيز المتقطع، ولذلك فإن من الأهمية بمكان أن يكون **إيقاف التعزيز نهائياً، فجأة، وبدون أي تدرج.**

من تقنيات الإطفاء ما نسميه: (الممارسة السلبية Negative practice) التي ابتدعها دانلاب Dunlap (١٩٣٢)؛ ويمكن بهذه التقنية التغلب على بعض العادات، مثل الأغلاط المتكررة في الضرب على الآلة الكاتبة، والعرّات العصبية Tics، والتأتأة Stuttering، وذلك بإقناع المريض بتكرار العادة التي يرغب بإزالتها عدة مرات يومياً. وقد استخدمت هذه التقنية على نطاق واسع في علاج العرّات العصبية (جونز ١٩٦٠، وألتون ١٩٦٤).

ولتعطي هذه التقنية ثمارها العلاجية يجب إثارة الاستجابة غير **المرغوبة إلى نقطة الإعياء**؛ إذ لا بد من إحداث درجة عالية من الكفّ الارتكاسي Reactive inhibition، وإلا **نكون قد عززنا العرّة العصبية**، وخاصة إذا كانت بلا أعراض عند البدء بالتدريب الإطفائي. وعموماً فإن هذه التقنية مُجهِدة في التطبيق بالنسبة إلى المتعالج، وتستغرق وقتاً. ويرى كونداس (١٩٦٥) أن تبديلاً سريعاً وكثيراً يمكن الوصول إليه إذا ما تمَّ مزج **الممارسة السلبية مع الإشراط المزيل للقلق.**

ففي وقت تكرار المريض لإجراء العرَّة العصبية إرادياً، يعرَّض إلى

صدمة كهربائية غير سارة تعرضاً مستمراً، ولا توقف إلا بعد إيقاف تتالي العرة إيقافاً متزامناً، فتعطي تعزيزاً سلبياً بعدم تكرارها، (أي العرة).

في السنين الأخيرة أنجز ناتان أزرين Nathan Azrin العديد من البرامج المتمحورة حول إزالة العادات غير المرغوب فيها، المستندة إلى تقنية «عكس العادة أو قلبها Habit reversal». والطليعي في هذه البرامج هو تايلور (١٩٦٣) في علاجه لسلوك جبري في نتف شعر الحاجب، وأيضاً كان لجوزيف ولبي باعٌ كبيرٌ في هذه التقنية العلاجية بعلاج سلوك المحاكاة أو التقليد الجبري Compulsive mimicy. فالعادات التي عولجت بهذه التقنية شملت السلس البولي، والعرات، والتأتأة (اضطراب الكلام) والعادات الفموية المخربة للذات.

ويقوم جوهر تقنية «عكس العادة» على إثارة الاستجابة المنافية المعاكسة أينما يظهر النزوع لممارسة العادة غير المرغوب فيها. فمثلاً في حالة النزوع إلى نتف شعر الرأس، يتعلم المريض الاستجابة المناهضة غير الواضحة بالإمساك بيديه لمدة ثلاث دقائق عندما يشعر برغبة في نتف الشعر أو بعد أن يبدأ بذلك.

وقد تم تبني برامج «عكس العادة» على نطاق واسع، ولاقت نجاحاً علاجياً كبيراً.

ويلاحظ أن عكس العادة يعطي مثالاً لعملية الكفِّ المعاكس التي تطبق على العادات الحركية رغم أن أرزين وجماعته لم يعترفوا بذلك صراحة.

الفصل الثاني عشر

علاج التنفير أو التكريه

Aversive Therapy

يستند جوهر العلاج التكريهي على تعريض المتعالج إلى منبه غير سارٍّ، يتزامن مع الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها والمراد إطفاؤها، أو إضعاف قوتها. فمثلاً يُستخدم المنبه المثير للألم لتثبيط الإثارة الجنسية عند الفيشتي (الشخص الذي يثار جنسياً عند رؤية الملابس الداخلية للمرأة أو شمها)، وذلك لإضعاف هذه الإثارة (إقران الألم بالشيء المثير للشهوة الجنسية عند الفيشتي). وعلى هذا فإن العلاج التكريهي يعمل بآلية الكفِّ المعاكس Reciprocal inhibition، والأدوات الرئيسية المثيرة للنفور هي إثارة قوية كهربائية ولكنها غير مؤذية للصحة، أو أدوية مثيرة للغثيان والقيء أو تخيلات مثيرة للإقياء.

ويتعين تمييز علاج التكريه عن العقاب، ذلك أن المنبه المنفِّر يلي الاستجابة المطلوبة بدلاً من التزامن معها.

ومع أن هدف العقاب تثبيط الاستجابة، أي جعلها أقل احتمالاً في الظهور بفعل النتائج التكريهية، فإن القصد من العلاج التنفيري هو إضعاف

قوة العادة في الاستجابة للهدف، من خلال تثبيطها، وذلك بواسطة منافسة العنصر المكرِّه. ويستخدم العقاب عموماً لإضعاف العادات الحركية، أما العلاج التكريهي فهدفه إضعاف العادات الناجمة عن الجملة العصبية الذاتية.

وما يحدث عند وجود منبه للاستجابة غير المرغوب فيها هو أن المنبه التكريهي القوي - مثل تنبيه كهربائي شديد لطرف - يثير استجابة تجنُّب Avoidance response، كما أن الصدمة الكهربائية ستثبط الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها. وهنا نشكِّل تثبيطاً إشراطياً للاستجابة غير المرغوب فيها؛ أي نقوم بإضعاف العادة. وفي الوقت نفسه نرى أن المنبه قد يرتبط بإشراط لمجموعة استجابة تثيرها الصدمة الكهربائية، إلا أن مقدار مثل هذا الإشراط يعدُّ قليلاً عموماً، أو ما يمكن أن نسميه بالعابر المؤقت (Raymond 1964).

فقد وجد راتشمان (١٩٦٩) أن الصدمة الكهربائية المستخدمة بمثابة منبه تكريهي لا تشكل خوفاً إشراطياً.

والمثال التالي الذي سنذكره، هو مثال قائم على التجربة، ويوضح جميع أساليب الإشراط التنفيري وآليته.

تمَّ وضع حيوان في قفص ذي أرضية مؤلفة من شبكة قضبان حديدية مكهربة، وكان الطعام يُرمى إليه في علبة داخل القفص. ونظراً إلى الصوت الذي كان يصدر عن رمي الطعام، اعتاد الحيوان على بلوغه وتناوله بسهولة. وأدى تكرار العملية إلى تكوُّن عادة الاقتراب من العلبة لديه، وذلك كلما سمع صوت رمي الطعام فيها، مُظهراً استجابة إشراطية عصبية ذاتية المنشأ، صاحبت الاقتراب من الطعام، وهذه الاستجابة هي سيلان اللعاب، وازدياد نشاط الحركات الهضمية وغيره. وإذا قرنا جعل

هذا الحيوان يكره الطعام بإزالة عادة الاقتراب من العلبة عند سماعه لصوت رمي الطعام فيها، فإننا في هذه الحالة سنلجأ إلى العلاج المكرِّه، وهذا ما ستوضحه تتمة المثال.

عندما اقترب الحيوان من الطعام بعد سماع رميه في العلبة، وجهنا له صدمة كهربائية بكهربة أرضية القفص التي يمشي عليها، فعملت الصدمة على تثبيط التقرُّب الإشراطي نحو العلبة، إذ أحدثت الألم والقلق والانسحاب الحركي للحيوان. وكلما تعرَّض إلى الصدمة ضعفت لديه عادة الاقتراب الإشراطية من الطعام، وبذلك حدث عنده التجنب الإشراطي للطعام. وبعد تكرار هذه المناورة عدة مرات أصبح صوت رمي الطعام في العلبة يثير **استجابة قلق التجنب عند الحيوان، وهي الاستجابة التي حلت محل استجابة الاقتراب من الطعام (تعزيز سلبي).**

ولعل أول استخدام للعلاج المكرِّه كان على يد العلامة كانتوروفيتش (١٩٢٩) في علاج مرضى الإدمان على الكحول حيث كان يوجه صدمات كهربائية مؤلمة للمريض عند النظر إلى الكحول أو شمّه أو تذوقه.

في عام ١٩٣٥ أفادنا ماكس Max أنه نجح في علاج مريض فيتيشي شاذٍّ جنسياً بتعريضه إلى صدمات كهربائية قوية، أثناء تعامله مع أشياء فيتيشية.

ويطالعنا الدكتور جوزيف ولبي بحالة امرأة شرهة عالجها بالعلاج التنفيري وتتلخص بما يلي:

امرأة عمرها ٣٢ سنة، كان تناول أطعمة ممنوعة عنها طبياً من أحد انشغالاتها العصابية الأخرى، وكانت ممنوعة بالتحديد من تناول

الحلويات والأطعمة المالحة. الأولى بسبب بدانتها التي تخاف منها، والأطعمة الثانية لإصابتها بآفة قلبية روماتيزمية عرضتها أكثر من مرة إلى مخاطر استرخاء القلب، إلا أنها كانت تشعر بولع جبري للإكثار من هذه الأطعمة الضارة لصحتها.

ونظراً إلى ضرورة تقيدها بأطعمة قليلة الملح، ونظام غذائي خاص، كانت تطلب من خادمتها أن تقفل عليها باب الغرفة، لتمنع نفسها من الخروج منها وتناول الأطعمة الممنوعة عنها أو عدم شرائها من الخارج. ولكن عندما يشتد نزوعها الجبري نحو هذه الأطعمة، كانت تهرع إلى شراء الطعام وتناوله. وما إن تشعر بالتخمة والاكتفاء ينتابها شعور متزايد من الكراهية واليأس إزاء سلوكها، يصل إلى مستوى الذل والعبودية لنزوعاتها.

عمد المعالج إلى رصد جميع أنواع الأغذية التي هي موضوع وساوسها، واختار بعضاً منها، ومن ثم ربط في ذراعها القطبين الكهربائيين، وطلب إليها أن تغمض عينيها وتتخيل الطعام المختار. وعندما أشارت بإصبعها إلى التخيل الواضح لهذا الطعام وجه لها صدمة كهربائية في ذراعها، وأتبعها بعدة صدمات وصلت إلى العشر في كل مرة تتخيل الطعام المختار، وذلك خلال جلسة واحدة.

وبعد جلستين علاجيتين من هذا القبيل وجدت أن مجرد تفكيرها بهذه الأطعمة يقترن بالصدمة الكهربائية، الأمر الذي يثير القلق. ومع مزيد من المعالجة تضاءل تفكيرها الوسواسي بالطعام الذي تحبه وتنزع إليه تضاؤلاً متزايداً. وبعد خمس جلسات علاجية بالصدمات الكهربائية التكريهية تحررت نهائياً من هذا الكابوس الجبري للطعام لأول مرة في حياتها منذ ١٦ سنة، وبدأت صفحة جديدة في سلوكها الغذائي حيث

أخذت تستمتع بارتداء الثياب المناسبة وبالصحبة الممتعة مع الأصدقاء والصديقات، الأمر الذي حرمت منه منذ سنين عديدة.

يُطبّق العلاج التكريهي في كثير من المشكلات السلوكية مثل الفيتيشية **Fetishism**، واللوطية **Homosexuality** (جيمس ١٩٦٠، وفلدمان ١٩٦٥) **والانحرافات الجنسية Transvestism** (هاربر ١٩٦١) **والإدمانات المختلفة، أي الكحول والمخدرات والدخان (فالانس Vallance ١٩٦٨)**. ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن السلوكيات التي ذكرناها (أي المشكلات السلوكية) تبدو خبرات سارّة عند ممارستها تجاه أشياء وأمور غير مناسبة اجتماعياً. فالإثارة المنفرة المتزامنة مع ظهور هذا السلوك المنحرف من شأنها أن تثبط المشاعر السارة التي ترافق عادة إشباع ذلك السلوك المنحرف الأمر الذي يؤدي **إلى إطفاء العادة وإزالتها**.

إن هذا ما يعطي الجواب إلى ما عبر عنه كل من راتشمان وتيسدال Teasdale (١٩٦٨)، بـ «**اللغز الكبير**» في العلاج التنفيري، وهو لماذا يكفُّ المرضى عن ممارسة السلوك المنحرف بعد خروجهم من المستشفى. **فإذا كان هدف الانحراف لم يعد يثير اللذة فلا يوجد عملياً نزوع نحو هذا الهدف**.

وعلينا أن ننبه إلى أن العلاج التكريهي يكون الخيار الأولي أحياناً، إلا أنه في كثير من الحالات نجد أن اللوطية أو غيرها من السلوكيات المنافية غير المرغوب فيها اجتماعياً وأخلاقياً وصحياً (التدخين والمخدرات) والتي تُطبب بالعلاج السلوكي التكريهي، **لا بد أن تعالج أولاً**، وقبل الهجوم المباشر بالعلاج السلوكي التنفيري عليها. فإذا تمَّ إزالة القلق فإن انحراف السلوك الذي يكون عادة نتيجة لهذا القلق قد يتوقف بدون الحاجة إلى اهتمام خاص به.

ومن ناحية أخرى، إذا ما تم اعتماد المعالجة السلوكية **خطأ** كعلاج

أولي للسلوك المنحرف، **فإن هذا السلوك سيستمر** مع بعض التحسن، حتى وإن تمَّ إيقاف هذا السلوك بالعلاج السلوكي، فإن القلق التحتي الذي لم يمس بالمعالجة السلوكية سيكون دوماً عاملاً محرضاً للانتكاس أو **كبديل للمرض**. فمثلاً يطالعنا الدكتور جوزيف ولبي بقصة امرأة تعاني من سلوك جبري في الإقبال على الطعام، وقد تمَّ التغلب على هذا السلوك بالعلاج السلوكي التكريهي، إلا أنها بعد فترة أصابها الاكتئاب الشديد. ولقد اتضح له أن مشاكلها الرئيسية كانت عادات قلق عُصابية، وإن الاكتئاب كان نتيجة لأنها مُنعت من **إضعاف نشاط القلق بواسطة الطعام**.

أولاً: وصف التقنيات

١ ـ الإثارة الكهربائية:

بما إن الإثارة الكهربائية تبدو تقنية غير مرغوب فيها عند الناس، فقد تم اللجوء إليها في السنين الأخيرة بتحفظ كبير. ومع ذلك فإن هذه التقنية تطرح نفسها بكونها تخضع للكم بسهولة (أي السيطرة على مقدار الإثارة الكهربائية) ويمكن توقيتها بدقة مع السلوك المراد تبديله.

وحسب الحالة المُعالجة وظروفها، فإن إعطاء الصدمة الكهربائية يمكن أن يتم على المستوى الميداني (أي عند التعامل مع الأشياء والمواقف المراد إضعاف تأثيراتها) أو في التخيلات المُثارة أو في التمثيلات الصورية (أي عرض الصور).

ويمكن استخدام إما التيار المتناوب أو التيار الفارادي، لأن بالإمكان التحكم بالمستويات الثابتة للشدة الكهربائية لمدد طويلة. وتُربط الأقطاب عادة في ذراع المريض، ويُحدد مستوى الخط القاعدي للتيار بالزيادة المتدرجة للتيار إلى أن يُبلغنا المريض عن انزعاجه منه. وهنا

تكون الدرجة المزعجة (أي الخط القاعدي) بمستوى ٢٥ بالمائة أقوى من درجة الخط القاعدي التي نبدأ منها العلاج بالصدمة الكهربائية.

ويمكن القول إن القطب الأفضل المناسب للاستخدام هو القطب المتحد المركز Concentric الذي يقلل إلى حد كبير مخاطر حرق الجلد. ويمكن أيضاً استخدام الأقطاب المبللة بالشاش المنقوع في الملح. كما وتستخدم الأقطاب الفضية المستعملة في تخطيط القلب الكهربائي إذا دعت الحاجة.

إن استعمال التنبيه الكهربائي في العلاج التكريهي يختلف في تفصيلاته، إلا أنه يتبع دائماً الخطوط العامة للحالة التي ذكرناها عند معالجة الإقبال الوسواسي الجبري على الطعام.

وقد بدت الصدمات الكهربائية ناجعة في علاج الانحراف الجنسي، ولعب الميسر والقمار الجبري. ويوقف العلاج بالصدمات الكهربائية الاضطراب الجبري فترة طويلة عادة، تبلغ على الأقل مدة ٧ ـ ٨ أشهر. ويمكن ـ حسب الخط القاعدي للفرد المتعالج ـ أن تصل قوة الصدمة إلى ٧٠ فولت.

٢ ـ العلاج التكريهي ضد الإدمان على المخدرات

لنعلم أن النزوع الجبري القوي نحو تعاطي المخدرات مثل المورفين، والديمارول، والميثادون إنما يعتمد على الاستجابات المتعلمة من جانب الجملة العصبية الذاتية (Himmelsback 1941). ومع أن عادات الإدمان على المخدرات تتضمن دوماً أفعالاً حركية، وغالباً ما يكون ذلك من جانب عنصر اجتماعي حافز، فإن العلاج الذي يتركز على الأفعال الحركية ـ دون الانتباه إلى العادات الناجمة عن الجملة العصبية الذاتية ـ هذا العلاج يفقد جوهر المشكلة.

وما أن يتم تأصل عادة الإدمان على المخدرات، فإن الإثارات التي يتعرَّض لها الفرد المدمن بفعل استجابات الجملة العصبية الذاتية التي تكمن تحتها متلازمة الامتناع أو الكفِّ (أي أعراض إيقاف المخدر)، أو التوق إلى تعاطي المخدر، لا بدَّ أن **تكون استجابة إلى بعض المثيرات السابقة**. فالمنبهات السابقة المثيرة للتوق والرغبة الشديدة لتعاطي المخدر قد تكون صادرة عن البيئة الخارجية المنشأ أو الداخلية المنشأ، أو عن المصدرين معاً (Wikler 1968).

وعلى هذا يبدو من المعقول الافتراض أن المنبهات Stimuli يمكن أن **تنفصل عن الاستجابة النزوعية التوقية نحو المخدر، من خلال الإثارات المثبطة الناهية المتكررة ضد الاستجابة النزوعية**، مثلاً بواسطة الصدمة الكهربائية المتزامنة مع ظهور تلك الاستجابة النزوعية. ويوضح المثال العلاجي التالي المراد والقصد:

طبيب مدمن على مادة ديميرول مدة خمس سنوات، راجع معالجاً نفسياً سلوكياً. ولقد بدا لهذا الأخير أن لدى الطبيب المريض نزوعات داخلية المنشأ نحو المخدرات، وهذا النزوع القوي يظهر عنده مرة واحدة أسبوعياً فيلجأ إلى تناول مقدار ملغرام أو ملغرام ونصف من هذا المخدر لإطفاء جذوة هذا النزوع.

وقد نُصح هذا الطبيب بالتزود بجهاز صدمة كهربائية محمول، بحيث توجَّه ليده صدمة كهربائية كلما ظهر هذا النزوع، وقد تمكن من التغلب على ثلاثة نزوعات متتالية بفواصل أيام، وظل بعد ذلك في حالة كفٍّ عن تناول هذا المخدر من جراء هذه المعالجة التكريهية مدة ١٢ أسبوعاً.

٣ ـ العلاج التكريهي بوساطة الأدوية

إن علاج الكحولية بالطرق التكريهية من خلال استعمال الأدوية المحدثة للإقياء أو الغثيان، هو علاج معروف منذ أكثر من عشرين سنة. إذ يُعطى الكحولي مواد مثيرة للإقياء أو الغثيان مثل الأمتين Emetine أو أبومورفين Apomorphine، وكلوريد الذهب، ويطلب إليه أن يتناول أيضاً الكحول الذي يرغبه. ويعطى له مزيج الكحول وأحد هذه المواد المسببة للقيء يومياً، ولمدة أسبوع أو عشرة أيام، ثم تقيَّم فعالية هذا الأسلوب بإعطائه الكحول فيما بعد لمعرفة مدى استفادته من هذا العلاج التنفيري، لأن حدوث الإشراط التكريهي يرغم المريض على الشعور بالغثيان ولو تناول جرعة واحدة من الكحول فقط.

ويكون عدد المعالجات الداعمة مرتين أو ثلاث مرات خلال فترة سنة من المتابعة. وقد اتضح لكل من ليمير Lemere وفوجتلين Voegtlin (١٩٥٠) أن ٣٨٪ من عدد يناهز ٤٠٠٠ كحولي ظلوا ممتنعين عن تناول الكحول مدة خمس سنوات، و٢٣٪ من هذه النسبة ظلت ممتنعة مدة عشر سنوات أو أكثر بعد دورة علاجية.

إن هذه المعالجة تستهلك الكثير من الوقت، وتعتبر مضنية بالنسبة إلى المعالج والمتعالج معاً، وقابلة للانتكاس.

٤ ـ تقنية التحسس الخفي Covert Sensitization

لقد سبق وشرحنا هذه التقنية المقرونة باسم كوتيلا (١٩٦٧) في الفصل السابق، وهي تقوم على قرن الاستجابة التكريهية اللفظية مع المنبه المُتَخَيَّل. ونجحت هذه التقنية في علاج البدانة، واللوطية (الميل للجنس نفسه عند الذكور)، والكحولية. وقد طبق (الدكتور حجار) هذه التقنية

على مريض كحولي مدمن عمره ٤٢ سنة، يتعاطى الكحول منذ أكثر من ٢٠ عاماً، دخل مشافٍ كثيرة في حالات إسعافية، واستؤصل له جزء من البانكرياس بسبب التسمم الإدماني. وكانت نتائج العلاج مشجعة جداً، حيث تمكن من السيطرة على نزوعه الإدماني، فكفَّ عن الشرب لمدة سنتين وبدعم علاجي دام سنتي متابعة. كما تم إضعاف النزوع الجنسي المثلي عند شاب عمره ٣٦ سنة بهذه التقنية، وتمكن لأول مرة في حياته من ممارسة «العادة السرية» بتخيله الأعضاء الجنسية للمرأة (الدكتور حجار ١٩٩٠).

وندرج هاهنا المقولات التخيلية لكوتيلا في علاج امرأة تعاني من شره جبري نحو الطعام ولا سيما فطائر التفاح:

«أرغب أن تتخيلي أنك قد تناولت وجبتك الغذائية وتلتفتين الآن لتأكلي الحلوى التي هي فطيرة تفاح. حالما حاولت مسك الشوكة شعرت بشعور غير عادي في رأس معدتك. بدأت تشعرين بالغثيان عندما أمسكت بالشوكة، شعرت بجزئيات الطعام الموجودة في معدتك تصعد إلى حلقومك. إحساس بالإقياء يداهمك. ما أن أمسكت الفطيرة بالشوكة استعداداً لالتهامها حتى خرج الطعام من معدتك إلى حلقومك. حاولت أن تغلقي فمك خوفاً من تقيؤ الطعام وانتشاره على الطاولة. قربت الفطيرة من فمك. ما أن فتحت فاك لقضم الفطيرة، اندفع الطعام من فيك ليغطي يديك والشوكة والفطيرة والطاولة، وانتثر ليصيب الجالسين حولك. عيناك تقطران دمعاً. يداك أصبحتا لزجتين بفعل عصارة المعدة والطعام. رائحة كريهة تنبعث من الإقياء. ما أن نظرت إلى نفسك حتى تصاعد لديك الإحساس بالقرف، وتبعه المزيد من الإقياء والإقياء والإقياء بموجات متتابعة. كل فرد من الجالسين ينظر إليك مصعوقاً. أبعدت ناظريك عن

هذا المنظر فشعرت أنك أحسن من ذي قبل. نهضت وركضت مسرعة هرباً من الغرفة. تزايد عندك الشعور بتوقف الإقياء والغثيان. نظفت وجهك وثيابك، وبذلك زال الكابوس المخيف الذي انتابك».

إن أول تقرير عن تجربة الاستخدام النموذجي للتخيل المثير للكراهية كان من قبل غولد (١٩٦٥)، وذلك في علاجه مراهقاً عمره ١٦ سنة، لديه عادة إغواء الناس في المراحيض العامة. كما استخدم دافيسون (١٩٦٧) هذه التقنية كجزء من برنامج التخلص من التخيل السادي. أما كولفين (١٩٦٧) فاستخدم هذه التقنية في علاج الفيتشية والإدمان على استنشاق البنزين.

٥ ـ الوسائل التكريهية الأخرى

يمكن القول أن أي شيء غير سار **يُعدُّ مصدر إشراط تكريهي.** ويخبرنا فيلبوت Philpott (١٩٦٧) أنه تمكن من التغلب على التفكير الوسواسي بجعل المريض يحبس أنفاسه بالقدر المستطاع في كل مرة تتطفل عليه فكرة وسواسية وتستأثر بوعيه وتفكيره. كما وصف لنا لوبلين (١٩٦٨) تقنيتين استنشاقيتين تكريهيتين لعادة التدخين. إحداهما نفث دخان التبغ في وجه المدخن بواسطة جهاز خاص في الوقت نفسه الذي يدخن أثناءه لفافة التبغ. والثانية يتعين على المدخن أن ينفث نفثاً منتظماً على لفافة تبغ بإيقاع البندول، فيستنشق كل ست ثوان دخان اللفافة الأولى، ومن ثم ينفث دخان السيجارة بدون استنشاق كل ثلاث ثوان للفافة الثانية (وهذه طريقة يلجأ إليها الآباء لجعل أولادهم ينفرون من التدخين).

إن هاتين الطريقتين هما على غاية من التكريه والتنفير. إذ من الصعب جداً أن يتمكن المدخن من الاستمرار في تدخين اللفافة حتى

نهايتها. فالمدخنون (تعدادهم ٣٦ فرداً) الذين خضعوا إلى هذه التجربة تعرضوا إلى جلسات من هذا القبيل عددها ست، ومدة كل جلسة نصف ساعة وسطياً، وتوقف ١٦ مدخناً عن التدخين توقفاً تاماً مدة سنة، ومع ذلك لم تعط أي طريقة من الطرائق العديدة المضادة للتدخين النتائج المرضية المأمولة على مستوى العلاج التكريهي السلوكي، بحيث تضع المدخن في طريق لا انتكاس فيه. إلا أنه إذا ما تم إشراك العلاج المعرفي مع السلوكي، فإن العلاج يكون أكثر فعالية (محمد حجار ١٩٩١)[١].

وهناك منبهات فيزيائية استعملت لأغراض خلق الإشراط التكريهي؛ مثل الضياء الشديد والصوت العالي الطبقة. مثالنا على ذلك امرأة عمرها ٣٠ سنة تبدي حساسية كبيرة وغير عادية للأصوات الحادة كخشخشة مجموعة مفاتيح، أو صوت المطرقة على الحديد، أو أي صوت حاد عالي الطبقة. عمد المعالج إلى إسماعها، من خلال سماعة رأسية، صوتاً حاداً جداً وفي الوقت نفسه كان يخشخش مجموعة مفاتيح أمام عينيها. وعندما كانت ترى المفاتيح كان الصوت الحاد الواقع على أذنيها يغطي أصوات المفاتيح. وبهذه الطريقة لم تعد تتحسس من الأصوات الحادة إطلاقاً. وظلت على هذا الربح العلاجي بدون انتكاس.

استخدم سربر Serber (١٩٧٠) الخجل كمنبه مُكرِّه في علاج حالات الانحراف الجنسي، والتلصص الجنسي Voyeurism، والاتصال الجنسي بالأولاد Pedophilia، والافتضاحية Exibitionism (إظهار العورة). إذ كان يتم إزعاج المنحرف عندما يُقدم على سلوكه المنحرف

(١) تم علاج ثلاثة مدخنين بالطريقة السلوكية ـ المعرفية فكانت النتائج مشجعة؛ إلا أن مزيداً من التجارب على هذا المنوال لا بد منها، لاستخلاص نتائج أكثر مصداقية.

بتعريضه إلى مشاهدة الناس له. وكان على المريض أن ينجز فعله الجنسي المنحرف لمدة ١٥ ـ ٣٥ دقيقة بوجود أعداد متزايدة من المشاهدين. وبوساطة هذه الطريقة تحرر خمسة مرضى من أصل سبعة من انحرافهم وبمتابعة مدتها ستة أشهر، إلا أن أكثرهم انتكسوا فيما بعد.

ونافلة القول إن العلاج التكريهي يستند عملياً إلى تقنية الكفّ المعاكس لاستجابة الهدف بالعنصر المكرِّه.

إن التوجيهات التالية العملية للعلاج التكريهي القائمة على عادات انفعالية مستمدة من العالمين آزرين Azrin وهولز (١٩٦٦) في إزالة العادات الحركية بوساطة العقوبة.

أ ـ يجب أن يكون المنبه شديداً وفقاً للضرورة من أجل إضعاف الاستجابة السارة كلياً.

ب ـ يجب أن تُعطى المنبهات المكرهة بصورة متزامنة مع الاستجابة.

جـ ـ يجب أن لا تتمَّ زيادة المنبه التكريهي زيادة تدريجية ولكن بتقديمه بشدة مقررة سابقاً.

د ـ إن تكرار إعطاء المنبهات التكريهية يجب أن يكون عالياً بالقدر المستطاع، وعلى المستوى المثالي بحيث يُعطى المنبه عند كل إثارة للاستجابة المراد إزالتها.

هـ ـ يجب أن يكون الهدف الانفعالي البديل جاهزاً، والواجب ألا يتعرض للعقاب، وألا يقدم التعزيز الأكبر أو نفسه للاستجابة التي تتعرض للإطفاء. فمثلاً إن الفيتيشية أو الافتضاحية تحتاجان إلى أداء علاقات جنسية سوية.

و ـ يجب ألا يوصى بالعلاج التكريهي قبل البحث والاستكشاف عن جذور القلق للسلوك غير التكيفي، وبالتالي معالجة القلق إن وجد.



الفصل الثالث عشر

علاج الاستجابات الجنسية المُثبطة

من المعلوم أن الاستجابات الجنسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالإثارة السارة العارمة ولا سيما خلال الجماع. أما الإثباط الجنسي المُزمن خاصة (ضعف الشهوة الجنسية أو ضعف الانتصاب) فيُعزى في كثير من الحالات إلى قصور في الجهاز الغدي الصمي أو إلى مرض بدني (لسنا هنا في مجال تعداد الأمراض المسببة)، حيث يكون للإشراط دور مهم في هذا الاضطراب في معظم الحالات. وعادة تصبح استجابات القلق الإشراطية للمنبهات (المثيرات) المقترنة بالاستجابة الجنسية متنافرة مع الأخيرة فتثبطها.

وينجم التأثير المثبط للاستجابة الجنسية عن الخجل، والكراهية أيضاً، كما أن الإثباط الجنسي العابر تسببه الشدّات والتوترات ومحاولة تنفيذ الأداء الجنسي في موقف غير ملائم سيكولوجياً (مثل فضّ غشاء البكارة ليلة الزفاف)، أو المنبهات المزعجة البيئية كالأصوات العالية والضجيج خلال الاتصال الجنسي.

وعموماً يثبط القلق الاستجابة الجنسية لأنه ينبّه الجملة العصبية الودّية المضعفة للاستجابة الجنسية (ضعف ورود الدم إلى أوعية القضيب

مما يؤدي إلى ضعف انتصابه أو عدمه). فالإثارة الجنسية هي من وظيفة نشاط الجملة العصبية اللاودِّية، وذلك قبل مرحلة الدفق (ماسترز وجونسون ١٩٦٦) بينما القلق على عكس ذلك، فهو من وظيفة الجملة العصبية الودِّية، **لذلك كلما تزايد القلق، تناقصت الإثارة الجنسية.**

وكما سبق ورأينا، تستخدم الإثارة الجنسية كاستجابة معاكسة للقلق. وهنا لا بد من إعداد الاستجابة الجنسية القوية إعداداً كافياً للسيطرة على استجابة القلق وإضعافها.

وقد أفادنا بالكوف وكاراس (١٩٥٧) بأن العُصابات التجريبية عند الكلاب يمكن إطفاؤها بالإثارة الجنسية، وأن علاج العصابات الإكلينيكية يمكن أن يتم على غرار المبدأ المذكور أي بالاستجابة الجنسية.

وأحياناً نجد أن العاطفة المستندة على قاعدة واسعة تسمى الحب أحياناً، تكون كافية لتثبيط القلق، ولذلك نجد أن عاطفة الحب القوية تؤدي دور الاستجابة المثبطة لعصاب القلق لدى الفتاة القلقة التي يربطها الحب بأحد الشبان.

وبما أن الكثير من حالات القلق النفسي التي يعانيها الناس تكون خفيفة الشدة، تتعرض تلك الحالات للإطفاء بفعل قوة العواطف المعاكسة لها التي تثيرها حوادث الحياة.

١ ـ علاج عدم الكفاية الجنسية عند الذكور

وظيفياً نُسمي العِنة الجنسية Impotence عندما تتظاهر:

أ ـ بضعف الانتصاب Poor erection.

ب ـ بالدفق المبكر Premature ejaculation.

جـ ـ بالاثنين معاً.

فانتصاب القضيب يحدث بتأثير الجملة العصبية اللاودِّية، بينما القلق المضعف لهذا الانتصاب يتكون بتأثير الجملة العصبية الودية المقبِّضة لأوعية القضيب، والمسرِّعة للدفق Ejaculation (أندرسون ١٨٩٥). إذن فإن سوء الأداء الجنسي يكمن في القلق الواجب إزالته.

ورغم أننا نجد أحياناً في القلق سوابق لا ترتبط بسوابق جنسية، مثل الخوف من رضِّ إيلاج القضيب عند الأنثى (ولبي ١٩٥٨)، (أي خوف معرفي لا خوف تقليدي)، إلا أن معظم الحالات يكون القلق فيها من ضمن الخبرات الجنسية، ونتاج هذه الخبرات.

ويتوقّف استخدام الاستجابة الجنسية كوسيلة لتثبيط القلق على تعرف الموقف الباعث للقلق بالدرجة الأولى، يليه الكشف عن العوامل التي تسيطر عليه. فمثلاً قد يظهر القلق لحظة دخول الزوج إلى غرفة النوم، أو عندما يكون في الفراش مع زوجته.

ويكون العلاج وفق التالي:

أ - أن يفسر المعالج للمتعالج أن الإثارة الجنسية ذاتها مناهضة للقلق، وقادرة على إضعافه، إذا كانت قوية وكان القلق ضعيفاً نسبياً.

ب - على المعالج أن يحدِّد التقربات الجنسية إلى أن يظهر القلق على المتعالج.

جـ - يتعين على المتعالج أن يحصل على تعاون زوجته. فالزوجة قد تعتبر تقربه الجنسي منها سلوكاً شاذاً وغريباً إذا حاول تطبيقه بدون تفسير مسبق.

د - ينبغي على الزوجة تجنب توتير زوجها وإقلاقه بما قد تُظهره من حركات وأفعال أو كلام غير ملائم. وعليها ألا تستهزىء منه، أو تلحّ

عليه بأي درجة معينة من الأداء الجنسي. فدورها يكون في تقبُّل التقرب بدون إبداء أي انزعاج أو امتناع، أي بتعبير آخر التعاون مع زوجها في كل سلوكياته التي رسمها له المعالج. وعلى الرغم من معاناة المرأة، فيجب أن تعلم بأن تلك المعاناة تهون أمام تحقيق النتيجة المتوخاة.

هـ - تستطيع معظم النسوة الحصول على الإشباع الجنسي (Orgazm) بالمداعبة، وهذا الأمر يساعدهن على تحمُّل فترة علاج أزواجهن.

و - إذا عانى الزوج من الشعور بالقلق أثناء مجالسته لزوجته عليه **ألا يفعل أي شيء حتى يزول القلق**. وعادة يستطيع بعد فترة مجالستين أو ثلاث مع زوجته أن ينعم بالهدوء النفسي المطلوب لتحقيق الإثارة.

ز - ويمكنه فيما بعد الانتقال إلى المرحلة الثانية؛ أي مرحلة المداعبة.

ح - عندما تتمُّ المداعبة بدون الشعور بالقلق يمكنه الانتقال إلى المرحلة التالية، وهي المجامعة بدون إيلاج.

ط - ثم يُسمح له بإدخال عضوه بالتدريج، مع قليل من الحركات الجماعية التي تزاد تباعاً حتى تصبح العملية الجنسية مكتملة. ولا ينبغي عليه أن يغفل عن الشرط المسبق لإتمام الجماع **ألا وهو انحسار القلق برمته**.

وهكذا نرى أن التقربات، بخطواتها التي ذكرناها، تستند إلى إزالة التحسس تدريجياً من القلق الجنسي المُعاكس باستجابات جنسية مُثارة إثارة تصاعدية ومضعفة للقلق.

إن خطة تفاصيل المعالجة تُقرَّر على أساس فردي، ودور الزوجة في التعاون مع الخطة العلاجية يعتبر أساسياً (سيمانس ١٩٥٦) في مساعدة زوجها على تحقيق الانتصاب الصحيح.

ولا بد من تكرار الخطوات السابقة بالأسلوب ذاته خلال جميع المجالسات العلاجية، لأن الهدف من ذلك هو زيادة الكمون الدفقي (أي إطالة مدة الجماع الذي يمتد أحياناً من عدة ثوان إلى نصف ساعة أو أكثر). ويستطرد «سيمانس» في علاجه لحالة معينة بالتوصيات التالية للزوجين المتعالجين:

«إذا شعر أحد الطرفين بالتعب عليه أن ينام فترة قصيرة من الزمن، ثم يعودان إلى المداعبة لتحقيق الإثارة الجنسية المتبادلة. وعلى كل طرف أن يخبر الآخر عن مرحلة الإثارة التي وصل إليها. وإذا وصل الزوج إلى عتبة الدفق عليه أن يعلم زوجته بذلك لتتوقف عن مداعبته حتى يذهب الإحساس باقتراب الدفق، ومن ثم تُعاود ممارسة الإثارة، وتوقف من قبل الزوج عندما يصل إلى مرحلة ما قبل الدفق. ومن خلال تكرار ما ذكرناه يمكن تأخير الدفق تأخيراً لا محدوداً. وعندما يزول الانتصاب زوالاً تاماً يُنصح الزوجان بالإخلاد إلى النوم لبعض الوقت، أو الكفِّ عن متابعة الإثارة بغية استمرارية جهودهما في ذلك الوقت، وعليهما أن يتصارحا لاحقاً بالعوامل التي جعلت حدوث الدفق أكثر سرعة، وذلك مثل ترطيب عضو الرجل التناسلي بمادة زيتية لزجة تتوافق مع المهبل.

ولقد وصف لنا كل من ماسترز وجونسون (١٩٧٠) المناورة الجماعية (من الجماع) التي تسهِّل تلك التقنية، ووجدا أن الدفق عندما يصبح حتمياً، يمكن للمرأة أن تعيقه بأن تضغط بأصبعها على القضيب أي على الأخدود التاجي بين الإحليل وظهر القضيب Dorsum، أو بالضغط غير المؤلم على الخصيتين بالإصبعين. وظهر من نتائج العلاج السلوكي للاضطراب الجنسي عند الرجل (ضعف الانتصاب أو الدفق المبكر) لحالات عددها ١٨ حالة، أنه تمَّ شفاء ١٦ حالة (٧٨٪) بحيث تمكن

أفرادها من إنجاز أداء جنسي مُرضٍ، أما الحالات الثلاث الباقية (١٧٪) فقد حصلت على قبول في الأداء الجنسي، من قبل الزوجات، وكانت مدة العلاج ١١ أسبوعاً.

٢ ـ علاج عدم الكفاية (القصور الجنسي) عند الأنثى

تشير كلمة البرود الجنسي Frigidity إلى عدم الكفاية الجنسية عند الأنثى، وهي تسمية غير علمية ومجحفة، لأنها تتضمن معنى البرود العاطفي أو فقدان الاستجابة الجنسية.

وما يجب الاطلاع عليه في هذا الموضوع هو أنه توجد هناك درجات لحالات إثباط الاستجابة الجنسية عند النسوة، بدءاً من انعدام الاستجابة مهما كان نوع الفعل الجنسي، إلى العجز عن إتمام الرعشة رغم الإثارة الجنسية العالية جداً.

وهناك نوعان من الحالات التي يجب التمييز بينهما: حالات فقدان الاستجابة الجنسية نحو الذكور، وحالات عدم الاستجابة الجنسية تجاه ذكر معين، يكون في كثير من الحالات زوج المريضة المصابة بالبرود. وبالطبع تتميز الحلول الممكنة بأنواع على درجة من الاختلاف.

أ ـ التثبيط العام للإثارة الجنسية

ونعني هنا الإثارة الجنسية المثبطة حتى مع الشريك ذي الرغبة العالية. وقد يكون التثبيط مطلقاً أو نسبياً. وفي بعض الأحيان يكون السبب عضوياً، أي أن جهاز الاستجابة الجنسية غير نامٍ. ولا تكون المريضة عادة واعية بذلك لأنها لم تخبر في حياتها الإثارة الجنسية، كما لا نجد في سيرتها أي خبرة جنسية راضة قد تكون السبب في الإثباط

الإشراطي. ويمكن القول إن العجز هنا مرده تركيبي عضوي، وهذه المعضلة المأساوية لا حلَّ لها.

وهناك حالات أخرى ذات أساس عضوي، تتيح للمرأة بلوغ الإثارة الجنسية، إلا أن الجماع يقترن عندها بالألم والانزعاج، وذلك بسبب وجود حالة باتولوجية مؤلمة في المهبل (تشنج المهبل مثلاً) أو وجود منطقة فيها ندبات في النسيج المهبلي أو آفة التهابية. وكم تكون الحالة مضللة جداً عندما يتعجل المعالج النفسي فيعزو حالة البرود الجنسي أو الخوف إلى اضطراب نفسي، وتعالج مطولاً بلا طائل، في الوقت الذي يعوز هذا المعالج الفهم العميق لأسباب الإثباط الجنسي من الناحية العضوية. ويذكر لنا الدكتور ولبي أن امرأة راجعته تشكو من إثباط جنسي، عولجت معالجة نفسية تحليلية مدة أربع سنوات بلا طائل، علماً بأن سبب ذلك الإثباط يعود إلى تشنج مهبلي ناتج عن قرحة مؤلمة في المهبل، لذا فالفحص النسائي مهم ولا بد من القيام به أولاً قبل أي تشخيص. إلا أن معظم حالات الإثباط الجنسي مردها إلى التثبيط الإشراطي الذي يعود إلى تواريخ الخبرات الأولية المرتبطة بالمشاعر السلبية، والقلقة إزاء المنبهات الجنسية.

وقد تكون الخبرات السببية معلوماتية، تعود إلى أصول دينية، أو إلى أحاديث ومقولات الأم التي كانت هي نفسها تعاني من خبرات جنسية مخيفة أو غير سعيدة. فإذا ما تعلمت البنت الصغيرة أن الجنس قذر، فإن المشاعر السلبية المثارة بفعل هذه النعوت والتسميات للجنس ستجعلها في المستقبل تُثبط الأفكار الجنسية المثارة عندها. وبتعبير آخر يكون التثبيط للإثارة الجنسية هو النتيجة المباشرة للإشراط الكلاسيكي الذي يحدث عندما تُعاقَب على ممارستها للاستمناء، أو تُخوَّف من الاستمناء أو اللعب

الجنسي. وقد ينتج الإشراط الكلاسيكي عن الاغتصاب[1] أو الرضوض الجنسية الأخرى، أو ينشأ هذا الإشراط الكلاسيكي **عند الإثارة الجنسية التي أصابها الإحباط إصابة متكررة بطريقة أو بأخرى** (عدم الوصول إلى الرعشة الجنسية). ثم إن البرود الجنسي ينشأ أحياناً نتيجة الخبرات السلبية الناجمة عن عمق المحبة في علاقة تتسم بدرجة كبيرة من الحرارة.

ويتوقف علاج البرودة الجنسية العامة على ما **يكشفه تحليل المنبه ـ الاستجابة للحالة**، أي بتعبير آخر **تعرف المنبه الذي يخلق الاستجابة الكافَّة المثبطة للإثارة الجنسية**.

فإذا كانت هناك توجهات مذهبيةِ خاطئة فلا بد من إزالة الأوهام والتصورات الخاطئة حيال الجنس والنشاط الجنسي وبالتالي **إعادة تثقيف المريضة** في هذا الميدان. أما إذا كان السبب هو الموقف العاطفي السلبي، المرتبط بالقلق الذي أصابه الإشراط بالجوانب المختلفة للموقف الجنسي، حينئذ فإن العلاج يكون بالأخذ بتقنية إزالة التحسس المنهجي التي تُقرَّر تفاصيلها بتعرف المنبه السابق للقلق. وإذا كان سبب البرود هو نتاج الاستياء المستمر من فشل الزوجة بالوصول إلى الارتواء الجنسي فيمكن حل هذه المشكلة بتشجيع الزوجة على الإفصاح عن رغباتها لزوجها بصراحة. وهنا نكون أمام علاج تأكيدي.

ب ـ البرود الجنسي الموقفي Situational

غالباً ما يكشف تحليل السلوك أن المرأة التي تشكو البرود الجنسي ليس من الضرورة أن تكون قد تعرَّضت إلى إشراط سلبي للمنبهات

---

(١) من المعلوم أن الاغتصاب أضحى سلوكاً شائعاً جداً في الحضارة الصناعية وفي المدن الكبيرة عموماً.

الجنسية عموماً، ولكن يكون البرود ناجماً عن موقف خاص تجاه رجل معين. وإذا كان الأمر كذلك فإن السؤال المطروح هو: لماذا لا تستجيب له جنسياً. وفي كثير من الحالات نجد السبب يكمن في كونها لا تهتم به كشخص، مثل حالة فتاة وقعت في حب زوجها لحكمته وحصافة عقله، ثم اتضح لها لاحقاً أنها أساءت الاختيار، وعندما اكتشفت حقيقته كانت في حالة استعداد للاستجابة الجنسية.

إلا أننا نجد في بعض الأحيان صعوبة في تحديد أمثال هذه القصورات والعيوب. فعندما يكون هناك قصور في الانجذاب نحو الزوج فليس هناك ما يمكن فعله بهذا الخصوص، إلا أنه مع كر الزمن يمكن أن تنشأ بين الزوجين صحبة سارة، ومحبة تكون الأساس لمشاعر الحب.

وبالتأكيد يتعين علينا دوماً تعرف مصادر الإثباط في الاستجابة الجنسية ومعاينة مدى قابلية التبديل. وقد يكون هناك شيء يجعل سلوك الزوج قابلاً للتبديل، مثل عودته إلى البيت من عمله في أوقات غير منتظمة بدون أن يخبر زوجته عن الأسباب مسبقاً، أو أن يشغل نفسه بالقراءة، ومشاهدة التلفاز، أو اللعب بالورق، وهذا ما يجعل علاقته الحياتية مع زوجته واهية. ولا شك أن هذه السلوكيات تعتبر مقلقة جداً للزوجة، وإذا ما استمرت فإنها ستجعلها تعزف عنه، وستتحول محبتها إلى نفور، وعلاقاتهما الجنسية إلى فتور وجمود. ولا شك أنه يمكن لغالبية الأزواج تبديل سلوكهم تجاه زوجاتهم إذا ما تصرفن معهم تصرفاً فيه مزاجية الإصرار وتأكيد الذات المتوازنين.

ومن المعلوم أن الخصام بين الزوجين هو مسألة كراهيات ثنائية متبادلة، حلزونية القوة. فعندما يشعر أحد الزوجين أن مشاعره مُسَّت من قبل الطرف الآخر، فإنه يلجأ إلى تجميد عواطفه تجاهه ويعمد إلى الثأر

منه بطريقة ما، وهذا بدوره يثير المزيد من سلوك البغضاء والسلبية.

ومن الأهمية بمكان أن يتم كسر هذه الحلقة المعيبة حتى لو دامت فترة طويلة، ويكون ذلك **بإنشاء علاقة تعاقدية بين الإثنين** يلتزم بها الطرفان، ويتم فيها ما نسميه بالتعزيز الإيجابي المتبادل.

وينصحنا العلامة ستيوارت (١٩٧٥) بإنشاء برنامج مفصَّل يتضمن ما يسمى «بالتعاقد الزوجي»، فيه التزام كل طرف بتلبية رغبات الطرف الآخر وطلباته، إضافة إلى بطاقات تعطي درجات من حيث تنفيذ الرغبات المتبادلة. وكل طرف يُعطى الفرصة كي يتعلم أن التعزيز الإيجابي للآخر يتم تعويضه بالنوع، وأن جوهر هذا الأسلوب هو ترجمة الشكاوى العامة إلى حالات خاصة (مثلاً أنت تنتقد طبخي أمام أهلك، فتؤلمني بذلك).

بالطبع إن مسألة التعزيز المتبادل غالباً ما تكون صعبة التطبيق لأنها تؤدي إلى نقاش وجدل كبيرين.

الفصل الرابع عشر

استخدام المواد الكيمياوية في إزالة إشراط القلق

١ ـ وصف الدواء التقليدي

عندما يعاني فرد من القلق الكبير أو الاضطراب الانفعالي، معاناة مستمرة أو متقطعة، يكون من المرغوب فيه ومن المفضل أن يوصف له الدواء. وفي الحقيقة يلجأ معظم الناس إلى الأدوية المهدئة ويتعاطونها من أنفسهم، وأكثرها شيوعاً الكحول. وغالباً ما تضعف هذه المهدئات القلق، إلا أنها لا تفعل ذلك دوماً، وهي، إضافة إلى خطورتها الناجمة عن التعوُّد والإدمان، لا تحمل في طياتها ما يبشر بالشفاء.

وكما يعرف كل إكلينيكي، إن التجربة والخطأ هي التي ترشد المعالج إلى الدواء الأكثر فعالية في الحالة الفردية. فالأدوية مثل ديازبام (فاليوم) بمقادير من ٥ ـ ٢٠ ملغم أو كلور ديابوكسيد (ليبريوم) بمقادير من ١٠ ـ ٤٠ ملغم، ثلاث أو أربع مرات يومياً، تعتبر فعالة في إضعاف القلق. وعندما لا تعطي هذه الأدوية النتائج المرجوة منها، حينئذ لا بد من تجربة الأدوية الأخرى، ومن ضمنها مشتقات الفينوتيازين أي Trifluoperazine، والثيوريدازين (Melleril) أو

Hydrochlorid Hydroxyzine (ATARAX)، ويضاف إليها الأدوية المضادة للاكتئاب المختلفة التي هي إما من مشتقات مثبطات أحادي الأكسيداز أو الثلاثية الحلقة. وفي بعض الحالات، يبدو المزيج مع الليبريوم أكثر فعالية. وفي رأي ولبي أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة مثل «إميبرامين» قد تكون فعالة أيضاً، وسريعة جداً أحياناً، بمقادير علاجية ضئيلة.

وحديثاً أضيفت إلى الترسانة العلاجية حاصرات مستقبلات بتا الأدرينالية Beta blockers المضادة للقلق، وآلية عملها محيطية بحتة.

إن السيطرة على التعرُّض بوساطة الدواء لا تحتاج دوماً إلى إعطاء الجرعة خلال اليوم. فإذا كان القلق يُثار فقط بفعل مواقف نوعية يمكن التنبؤ بها، **حينئذ يُعطى الدواء قبل ساعة أو أكثر من التعرض إلى الموقف المتوقع المثير للقلق**. فالمريض الذي يخاف من تمحص الناس فيه مثلاً، يمكن أن يأخذ جرعة مهدىء قبل ساعة من المثول أمام الناس (إلقاء محاضرة مثلاً). والفرد الذي يخاف من الطيران يمكنه تناول حبة ديازبام قبل ركوبه الطائرة، وهذا ما يجعلنا نعتقد أن كثيراً من المرضى يكتشفون بأنفسهم أن بإمكانهم حماية ذواتهم ضد مواقف قلق قابلة للتنبؤ بهذه الطريقة.

ويطالعنا دْروبي وجماعته (١٩٦٣) بأهمية مستحضر إميبرامين في علاج السلس البولي الليلي عند الأطفال، ولكن ليس على أساس الشفاء بل ضبط العَرَض، إلا أنه اتضح أن ٣٠٪ من الأطفال الذين أعطوا هذا المستحضر تخلصوا من السلس البولي نهائياً، بعد سنة من تناول هذا العلاج تناولاً مستمراً.

كذلك نجح دْروبي وجماعته (١٩٦٤) في إضعاف القلق وتأخير دفق المني عند مرضى الدفق المبكر بإعطائهم أدوية مثل: ميليريل، فاليوم، نارديل، بالمشاركة أحياناً مع دواء الأرغوتامين. ويمكن القول إن الأداء الجنسي الناجح المتكرر تحت تأثير هذه الأدوية يمكِّن المريض فيما بعد من الاستمرار في الأداء الجنسي الناجح بدون هذه الأدوية.

وتمكَّن بيتس Pitts وماك كلور (١٩٦٧) من إثارة نوبات قلق بإعطاء المجرَّب عليه شاردة لاكتات Lactate ion. كما يمكن تجنب أعراض القلق بإعطاء شاردة الكالسيوم Calcium ion. وهناك نوع أخر من السيطرة على الأعراض عند بعض النسوة المريضات. فمن المعلوم أن ردود الفعل الانفعالية غالباً ما تتقوى (إن لم نقل هي المسببة) بفعل العوامل الهرمونية. فعند كثير من النسوة يحدث تفاقم الأعراض في الأسبوع السابق على الطمث، وقد يستمر خلال فترته. ويمكن الحصول على تحسن ملحوظ بإعطاء مستحضرات الهرمونات الأنثوية للنسوة. وفي أكثر الأحيان والحالات يُكتفى بالمقادير العادية التي تُعطى عادة لأغراض منع الحمل. وأحياناً لا يشمل تحسن أعراض توتر ما قبل الطمث الأطوار الأخيرة من الدورة فقط، بل يمتد ليغطي كامل الدورة.

وفي بعض الحالات عندما لا تنفع حبوب منع الحمل في تحسين الحالة التوترية، تستجيب النساء استجابة جيدة لمقادير عالية من البروجستيرون بالعضل، أو بالتحاميل وليس عن طريق الفم، حيث أن نجاعته غير مؤكدة (دالتون ١٩٦٤).

٢ ـ إضعاف القلق المنتشر بمادة ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين

عندما يكون القلق منتشراً «أي عائماً»، ويظهر نتيجة وجود إشراط

بجوانب منتشرة من الإثارة أو التنبيه، مثل: المكان، والموقف، وإحساسات البدن (ولبي ١٩٥٨) فإن الإجراء الفعّال في السيطرة على هذا القلق هو إعطاء المريض **جرعة واحدة إلى خمس جرعات من مستنشق مزيج الأكسجين وثاني أكسيد الفحم**. وهذا المزيج يتكون من: ٣٠٪ ثاني أكسيد الفحم + ٧٠٪ أكسجين.

ويستمر المريض في استنشاق هذا المزيج إلى أن يفقد وعيه، وفق تكنيك ميدونا Meduna (١٩٤٧). إلا أن هذه التقنية بهذه الصورة لا تخلو من مخاطر.

يرى جوزيف ولبي من خلال تجاربه في وحدة العلاج السلوكي[١]، أن أفضل استخدام يكون باستعمال أسطوانتين إحداهما فيها غاز ثاني أكسيد الفحم والثانية أكسجين ويُمزج الغازان حسب الحاجة.
وهذا ما يمكّننا من ملاءمة ذلك حسب تحمل المريض بتركيز يناسبه (تركيز منخفض أو عالٍ حسب الحاجة والاستجابة).

ويتلخص أسلوب التطبيق فيما يلي:

يتأكد المعالج أولاً من مستوى قلق المريض وفقاً لمقياس وحدات القلق الموقفي الهرمي SUD، ثم يشرح للمريض ما ينبغي عليه عمله، ويبين له التأثيرات المحتملة. ولعل التقديم النموذجي لهذه التقنية إلى المريض يكون بالتالي:

«إن درجة القلق العالية المستمرة تجعل من الصعب عليك الاسترخاء بالطريقة العادية، وبالتالي إضعاف القلق إلى المستوى

---

(١) الدكتور حجار هو تلميذ العلامة ولبي، وقد تدرب على العلاج السلوكي في وحدة العلاج السلوكي في ولاية بنسلفانيا ـ جامعة تامبل.

المطلوب. أحياناً نجد أنه من الممكن الحصول على الاسترخاء من خلال استنشاق مزيج من ثاني أكسيد الفحم والأكسجين. فثاني أكسيد الفحم هو غاز موجود في بدنك وفي تنفُّسك، وله خصائص فيزيولوجية ذات قيمة. فهو ينبه التنفُّس، وكثيراً ما يستخدم لإنعاش المرضى تحت التخدير.

الآن سأعطيك جرعة استنشاقية من غاز ثاني أكسيد الفحم تتجاوز النسبة الموجودة في رئتيك. وعندما أملأ الكيس الذي يتصل به القناع بمزيج من الغازين سأطلب إليك أن تستنشق هذا المزيج بواسطة القناع **بشهقة واحدة فقط**. وبعد عدة ثوان ستبدأ بملاحظة بعض الأعراض التي ستبدو لك غير عادية، ولكنها ليست غير سارة. قد تلاحظ أن تنفُّسك أضحى قصيراً (زِلة تنفسية)، وأن دقات قلبك بدأت تزداد في تسرُّعها (نحدث هنا صُنعياً ما نسميه فرط تهوية رئوية Hyperventilation)، وأن وجهك قد احتقن، وأن الخدر أصابك (تنميل في الأطراف)، وستصبح في حالة تشبه الدوار، إضافة إلى إحساسات أخرى. **وهذه الأعراض طارئة، تبلغ شدتها خلال خمس ثوانٍ ومن ثم تنحسر**.

الآن، أريد منك أن تمسك القناع بيدك، وتراقب امتلاء الكيس بالغازين، وبعد عدة ثوان سأطلب إليك أن تفعل التالي:

أولاً: أزفر الهواء الموجود في صدرك بالقدر الذي تستطيعه. ثانياً: ضع القناع على منخريك وذقنك بإحكام تام. ثالثاً: اضغط الزر الموجود في القناع فيتحرر الغاز، ويدخل فمك. رابعاً: **استنشق الغاز بما يملأ نصف رئتيك منه**. خامساً: أبعد القناع عن وجهك».

في بعض الحالات يُحدث امتلاء نصف الرئة بمزيج الغاز الارتكاس الرئوي المطلوب، بينما في حالات أخرى يكون الارتكاس قليلاً، وأحياناً معدوماً. وهنا تُعطى استنشاقات كاملة متزايدة، وتتبع -إذا استوجبت

الضرورة ـ بتركيزات عالية من غاز ثاني أكسيد الفحم. ويُنصح ألا يتم ملء الرئة بالغاز امتلاءاً كاملاً في المرة الأولى، خاصة عندما يكون هناك أي سبب ما يوحي بأن المريض قد يُصاب بالاضطراب، بفعل الإحساسات غير العادية التي يثيرها الغاز. ومن المهم الاستعلام من المريض مسبقاً عما إذا كان لديه مخاوف من الاختناق أو المواد التخديرية. وإذا جاء الاستعلام إيجابياً، حينئذ لا بد من اتخاذ الحيطة المناسبة في هذا الأسلوب من العلاج، وذلك بتزويد المريض بالمعلومات عن التعود لمدة عدة دقائق في كل جلسة من الجلسات المَتتابعة.

ففي بادىء الأمر يُطلب إلى المريض ألاّ يفعل شيئاً سوى مسك القناع، ثم يستنشق من القناع وهو على بعد إنشٍ إو إنشين من منخريه، أثناء خروج مزيج الغاز من الصباب المفتوح، ثم يأخذ استنشاقاً قصيراً من الغاز، وبعد ذلك يأخذ عدة أنفاس عميقة متزايدة، مع توقفات بينها إلى أن يستنشق كامل مقدار الغاز الموجود في الكيس.

هذا وعلى الرغم من الحذر الكبير المتخذ، يمكن أن يتعرض بعض الأفراد إلى التحسس، مما يجعل هذه الطريقة غير مناسبة لهم إطلاقاً.

وما لم يُحدِث هذا المزيج الارتكاس التنفسي المطلوب، فإنه من غير الاعتيادي مشاهدة تخفيضٍ مهم بمستوى القلق. وإذا صدف ولم تُحدِث الجرعة الاستنشاقية الكاملة من هذا المزيج فرط التهوئة الرئوية المطلوب (ضيق تنفس + تسرع القلب) فإن تأثير هذه الجرعة يمكن زيادته بإحدى المناورات التالية:

أ ـ الطلب إلى المريض أن يمسك تنفسه بعد استنشاقه للغاز.

ب ـ الطلب إليه استنشاق الغاز مرة أو مرتين تتابعياً، أو زيادة تركيز ثاني أكسيد الفحم إلى المقدار ١٠٠٪ إذا تطلب الأمر.

بعد كل استنشاق يطلب المعالج من المتعالج أن يذكر مستوى درجة القلق والذي يسجل وفق مجموعة الرموز التالية :

ثاني أوكسيد الفحم مع أكسجين (OX) ٦٠ ← ٤٥ ← ٣٥ ← ٢٥ ← ٢٠ ← ٢٠.

تشير مجموعة الرموز المذكورة إلى أن أربع استنشاقات من مزيج الغاز أضعفت القلق الذاتي من درجة ٦٠ إلى درجة ٢٠، وأن الاستنشاق الخامس لم يؤثر حيث بقيت الدرجة ٢٠، وأن الفشل في تخفيض الدرجة ٢٠ مرده إلى توقف إعطاء الغاز. ورغم أن درجة القلق التي وصل إليها المريض (وهي ٢٠) لا تكون مثالية عادة، إلا أنها برهان ذاتي على أن جهود المريض المبذولة للاسترخاء وإضعاف القلق إلى درجة الصفر، هي أكثر احتمالاً من جهوده في إضعاف القلق عندما كان في ذورته بدرجة ٦٠.

ويحدثنا جوزيف ولبي أن حوالي خمسة مرضى يشكون من القلق المعمم استجابوا إلى هذه التقنية الغازية (ولبي ١٩٦٩). ومن ناحية أخرى نرى أن القلق الفصامي لا يستجيب إطلاقاً إلى هذه التقنية إن لم نقل إنه يزداد سوءاً، وهذا ما يجعل هذه التقنية بمثابة تشخيص تفريقي بين القلق العُصابي والقلق الفصامي الطابع، ولكنها أقل وثوقية من تخطيط بؤبؤ العين (روبين ١٩٧٠).

لا نعرف حتى الآن بالدقة آلية الغاز في إضعاف القلق، ولكن يفسرها ولبي أنها قد تكون من نوع التثبيط المعاكس Reciprocal inhibition للقلق بالاستجابات المباشرة إلى الغاز، أو بالاسترخاء الارتكاسي الذي يعقب استنشاق الغاز أو بالاثنين معاً. لكن من المؤكد أن

التأثير ليس فارماكولوجياً مباشراً يستند إلى وجود ثاني أكسيد الفحم في البدن. ولنعلم أن استنشاقاً لمرة واحدة أو اثنتين من شأنه إزالة القلق المعمم وتأخيره عدة أسابيع أو عدة أشهر، أو على أقل تقدير عدة ساعات (ولبي ١٩٥٨).

إن التعريض إلى موقف منبه نوعي مثير للقلق يظهر دوماً الشرط المسبق لإعادة ظهور القلق المعمم المنتشر الذي تمَّ إخماده باستنشاقات الغاز الثنائي، وحين يستطيع المريض تجنب مثل هذه المواقف المنشطة لهذا القلق يصبح متحرراً منه. وتشير ملاحظات كل من لوكيل Leukel وكينتون Quinton (١٩٦٤) إلى أن اكتساب إشراط التجنب من قبل الجرذان، قد تأذى بفعل إعطاء ثاني أكسيد الفحم. فكلما أسرعنا بإعطاء الغاز بعد حدوث الإشراط، ازداد التأثير السلبي.

ويمكن القول إن الاستجابات القوية في الجملة العصبية الذاتية (الإعاشية) التي يثيرها غاز ثاني أكسيد الفحم تبدو منافسة للقلق المعمم المنتشر وأكثر قوة منه.. أي بتعبير آخر إن الغاز يثير قلقاً أشدَّ من القلق المعمم، لذلك يُضعفه ويخمده ويثبطه.

ولنعلم أيضاً أن التأثيرات المهيجة للغاز يمكن استخدامها لإزالة إشراط عادات قلق نوعية.

٣ ـ استعمال الأدوية لإزالة الإشراط النوعي

من المعلوم أن الأدوية تثبط القلق لا سيما المهدئات الكبرى، وهذا التثبيط للقلق من شأنه أن يناهض المنبهات الموقفية المثيرة للقلق، فيكون بمثابة تثبيط معاكس لها، وهذا من شأنه إزالة العُصاب النفسي من خلال إزالة التحسس من المواقف المثيرة للقلق. وانطلاقاً من هذا الافتراض

عمد العلامة وينكلمان (١٩٥٥) إلى إعطاء مرضاه مستحضر كلور برومازين (المهدئات الكبرى) لمدة ستة أشهر أو أكثر بقليل، بمقادير كافية ليحصل على انخفاض ملحوظ للأعراض العُصابية، ثم سحب هذا الدواء تدريجياً، وقد وجد تحسناً استمر قُرابة ستة أشهر على الأقل بعد سحب الدواء عند ٣٥٪ من هؤلاء المرضى. ولسوء الحظ لم تكن في تجربته فئة ضابطة لمقارنتها مع الفئة التي أُعطيت كلور برومازين حتى نعرف تأثير البلاسيبو بالمقارنة مع ذلك الدواء.

وتطبيقاً لهذا الأسلوب عمد ولبي إلى استخدام الدواء في عملية إزالة التحسس الميدانية عند طالب لديه رهاب الصف. وكان على الطالب أن يأخذ الدواء باستمرار قبل كل مرة يتوقع فيها حدوث اضطراب له في الصف. وقد اتضح عدم شعوره بقلق مهم عند التعرض إلى المواقف الموترة في الصف وهو تحت تأثير الدواء، وكان هذا الدواء هو سيبروماميت[١]. ومن ثم توقف المجرب ولبي عن إعطائه هذا الدواء مع استمرار التلميذ في تعرضه للمواقف المدرسية الموترة، فلاحظ أن قلقه قد تضاءل بنسبة ٤٠٪ عن شدته السابقة قبل العلاج بالدواء.

وفي تجربة ثانية بعد ستة أسابيع أظهر الطالب انخفاضاً في القلق مقداره ٣٠٪ بحيث كانت نسبة التحسُّن العامة بحدود ٧٠٪.

وتمكَّن ولبي أيضاً من الحصول على شفاء تام من حالتي رهاب الخوف من التشوه البدني عند مريض يخاف من الجلوس على كرسي الحلاقة، وآخر يعاني من رهاب ركوب الطائرات. واستخدم للمريض

---

(١) كان هذا المهدىء يستخدم على نطاق واسع في الخمسينات قبل دخول الفاليوم إلى السوق، وقد سُحب من الأسواق بسبب إحداثه التعود والإدمان.

الأول الكودائين كمثبط للقلق خلال جلوسه على كرسي الحلاقة، ودواء سيبروماميت خلال تعرض المريض الآخر لركوب الطائرة. وهناك حالات تأتأة ودفق مبكر ناجم عن القلق نجحت فيها المعالجة الدوائية (أرفين ١٩٦٣).

وبدخول مشتقات بنزوديازبينات (فاليوم، ليبريوم الخ..) إلى الأسواق بدت معالجة العُصابات من هذا القبيل ذات قيمة، حيث يمكن زيادة جرعتها فتزيد القدرة على إضعاف القلق بدون حدوث نعاس شديد، إلا في حالة الجرعات العالية.

بالطبع، **إن الغرض من إعطاء هذه الأدوية هو لأغراض التعرض للمنبهات المحدثة للقلق فقط، وإضعاف القلق في هذا التعرض لا يجب أن يُتخذ عادة مطلقاً، كما يفعل الأطباء النفسانيون عموماً في حالات المخاوف لدى المرضى، فيعطونهم هذه الأدوية كوصفة يومية، وفي الوقت نفسه يتجنبون علاج مخاوفهم.** ومما يقوله العلامة ميللر، أول من جرب الليبيريوم في إزالة رهاب الساح، ورهاب اجتماعي (الخوف من تناول الطعام أمام الناس):

«يُعطى الدواء فقط لإزالة التحسس، وليس أبداً على أساس دائم. فالمرضى يخططون للتعرض لمخاوفهم، فيأخذون الدواء، وينتظرون حتى يبدأ تأثيره، ثم يعرِّضون أنفسهم للمواقف المثيرة لمخاوفهم (إما بالتخيل أو الواقع الحياتي)».

وقد أثبتت التجارب أن مدة علاج رهاب بلغت أربعة أسابيع في إحدى الحالات، وستة أسابيع في حالة أخرى. ،قد تمَّ شفاء الحالتين تماماً بدون الاستمرار في تعاطي الدواء بعد متابعة دامت ستة أشهر.

هناك نقطتان مهمتان يجب إدراكهما فيما يخص برامج إزالة

التحسس المنفذة ميدانياً تحت تأثير الأدوية المهدئة. أولاهما: إن فعالية هذه البرامج، تعتمد أساساً على ضمان عدم **حدوث إثارة قلق عالية إطلاقاً**، وإلا فإنه من المتوقع أن يحدث إعادة إشراط بدرجة مهمة من القلق، وبالتالي فقدان الأرضية التي تمَّ اكتسابها. وثانيهما: إن مخاطر الإدمان على الدواء تكون ضئيلة عندما تكون مدة العلاج الدوائي محدودة الزمن، وذلك خلاف تقنية الإغراق التي ذكرناها في فصل سابق.

وعندما يزول إشراط ردود الفعل العُصابية، فإن المقادير الدوائية المطلوبة لإزالة الأعراض تصبح أقل، بحيث يغدو بالإمكان وصف الدواء قبل إنهاء المعالجة.

٤ ـ إزالة التحسس النموذجي عن طريق التخيل، بوساطة الأدوية المثبطة للقلق المعطاة عن طريق الوريد.

يُعد الدواء Methahexitone sodium الذي يُباع تحت أسماء تجارية؛ مثل Brietal أو Brevital في الولايات المتحدة الأميركية، والذي يستخدم وسيلة للتهدئة في أغراض إزالة التحسس، يعدّ في نظر الذين استعملوه أمثال فريدمان وسيلفرستون (١٩٦٥) **مادة مثبطة** للقلق ويمكن إشراكه في تعليمات الاسترخاء، ويعتبره ماوسون (١٩٧٠) أكثر فعالية من الاسترخاء نفسه.

وذكر لنا العلامة برادي Brady (١٩٦٦) المشهور بطريقته في استخدام هذا المستحضر، حالة نسوة يشكين من البرود الجنسي لجأ معهن إلى إزالة التحسس بواسطة التخيل. إذ كان بعد مقدمة تفسيرية للمريضة، يطلب إليها أن تجلس على كرسي مريح ويبدأ بحقنها بمقدار ١٪ من هذا المحلول. وتتلخص تعليماته فيما يلي:

«خلال ٢ ـ ٤ دقائق التي يحتاجها هذا الدواء ليصل إلى ذروة تأثيره، يقدم للمريضة إيحاءات هدوء واسترخاء مثل الذي نلجأ إليه لاستثارة التنويم. وما أن يتم إيصال المريضة إلى استرخاء عميق يُطلب إليها أن تتخيل، بأكثر ما تستطيع من حيوية، أنها وزوجها يجلسان في غرفة الجلوس بثيابهما وأنه يقبلها بحرارة. وهذا المشهد التخيلي يمثل أضعف موقف مثير للتوتر في السلم الهرمي لوحدات المواقف الموترة. وعليها أن تتخيل هذا الموقف بجميع إحساساتها البصرية والسمعية وهي مسترخية (يُسمح لها أن تتخيل هذا الموقف لمدة دقيقتين، ومن ثم عليها أن تتوقف عن تخيله وتعود إلى الاسترخاء). وبعد استرخاء مدته دقيقة تعود مرة ثانية وتتخيل الموقف لمدة ثلاث دقائق. وبعد فترة استرخاء أخرى، وعلى افتراض أنها لم تعد تشعر بالقلق، عليها أن تنتقل إلى الموقف الآخر المُدرج في السلم الهرمي وهكذا دواليك... كما رأينا في التكنيك النموذجي لإزالة التحسس المنهجي... وفي هذه الأثناء يكون تأثير الدواء المذكور قد تضاءل وزال بعد ٤ ـ ٥ دقائق، ولا بد من إضافة مقدار جديد منه لاحقاً. وخلال جلسة نموذجية تحتاج المريضة إلى ما مقداره ٥٠ ـ ٧٠ مليغراماً من هذا الدواء. وبعد آخر منظر تخيلي يسمح للمريضة أن تبقى على الكرسي لمدة عشر دقائق».

ويذكر برادي أن خمس حالات من الحالات التي عالجها تحسنت تحسناً ملحوظاً، بمعدل وسطي قدره ١١ جلسة، وأن المتابعة العلاجية لم تكشف عن أي انتكاس أو ظهور أعراض جديدة.

وهناك مستحضر اسمه التجاري (بانتوتال) تركيبه Thiopental sodium، استخدم على نطاق واسع في الحرب العالمية الثانية، في العملية العلاجية المسماة التحليل النفسي بالتخدير Narco analysis.

فالعسكري المصاب بعُصاب الحرب يتم حثه على تذكر تفاصيل الرض تحت تأثير هذا المخدر، لتفريغ الرض النفسي القتالي، أي بتعبير آخر بتعريضه ثانية ـ تحت تأثير المخدر ـ للحادث الراضِّ القتالي لتخليصه من الرض العُصابي الكامن في لا شعوره، وهذا العلاج يعطي فوائد التحليل النفسي الآني.

ويطالعنا حسين Hussain (١٩٧١) عن نتائج علاجية مجشعة في استخدامه البانتوتال عند تطبيق تقنية «الإغراق Flooding» في علاج رهاب شديد. إذ إن هذه المادة كانت تمنح المتعالج استرخاءاً كبيراً من خلال تعريضه للمواقف المثيرة لمخاوفه.

كما أن بوستر Poster (١٩٧٢) كان يستخدم ديازبام عن طريق الوريد للحصول على استجابة استرخائية عند مرضى قلقين جداً، لم ينفع الاسترخاء العادي في تهدئتهم.

وهناك تجارب أكدت أن إعطاء دواء ديازبام ينفع في بادىء الأمر في عملية إزالة التحسس عند تعذر استرخاء المريض، ولكن فيما بعد يمكن الحصول على الاسترخاء العضلي بدون حاجة إلى مهدىء.



الفصل الخامس عشر

علاج بعض الاضطرابات النفسانية

١ ـ الاكتئاب العُصابي Neurotic depression

من المعروف أن هناك اكتئاباً بيولوجي المنشأ (كالذهان الاكتئابي الهوسي)، والاكتئاب الموقفي Situational أي الناجم عن شدّات خارجية كموت عزيز، أو خسارة مالية، أو صدمة عاطفية، ويسمى أيضاً بالاكتئاب الارتكاسي Reactive depression، والاكتئاب العُصابي وهو **ناجم عن قلق إشراطي**.

يتميز الاكتئاب العُصابي بطبيعة متذبذبة، تتوقف على القوة المتبدلة للقلق المُثار الإشراطي، وهو يختلف عن الاكتئابات الداخلية المنشأ (العضوية) التي يتسرع ظهورها بفعل الشدة. وهذا الاكتئاب العُصابي يحدث بفعل آليات مازالت قيد التعرف إليها.

ورغم أن الاكتئابات العُصابية والداخلية المنشأ تقع في تصنيف الاكتئاب، إلا أن هناك فروقاً بينها. فالاكتئابات الداخلية المنشأ تجنح إلى الأرق المتمثل بالاستيقاظ الباكر، والتثبيط العقلي ـ الحركي ومشاعر الإثم واتهام الذات. وهناك أيضاً فروق أخرى ترتبط بعتبة الاستجابة للمهدئات، أي مقدار المهدىء المعطى عن طريق الوريد والذي ينتج عنه

عدم استجابة إلى المنبه اللفظي، حيث تكون القدرة منخفضة في الاكتئاب العقلي، ومرتفعة في الاكتئاب العُصابي.

هذا ويمكننا القول إن الاكتئاب العُصابي هو نتيجة لـ:

أ - القلق الإشراطي الشديد، وهو النوع الأول.

ب - القلق القائم على الأفكار الخاطئة المحقرة للذات، وهو السبب الثاني أو النوع الثاني.

جـ - العجز في السيطرة على المواقف البيشخصية (العلاقات الاجتماعية)، وهو النوع الثالث.

د - المبالغة في الردّ الطبيعي على موت أو فاجعة، وهو النوع الرابع.

ويُعالج النوع الأول (قلق إشراطي شديد) بإزالة الإشراط، بواسطة تقنية إزالة التحسس المنهجي أو بأي طريقة أخرى مناسبة. وحينما يتضاءل القلق يصبح الاكتئاب أقل شدة وتكراراً ووطأة، وغالباً ما ينحسر نهائياً قبل أن يتم إزالة الإشراط القلقي إزالة تامة.

أما النوع الثاني فيتم علاجه من خلال **التصحيح المعرفي**، أي مناهضة **الأفكار الخاطئة المحقرة للذات**.

ومثالنا العلاجي حالة امرأة عمرها ٣٥ سنة... قضت السنوات العشر السابقة من عمرها وهي تعاني من تهيج واكتئاب شديد. وعندما اتضح لها في جلستها العلاجية الثالثة أن أفكارها حيال نفسها هي أفكار مغلوطة، بدأت تشعر بالراحة الانفعالية، وكفَّت العوارض المرتبطة بالاكتئاب الارتكاسي عن مهاجمتها. ثم تابعت تعاونها بإخلاص في بذل الجهد الرامي إلى استواء حياتها الجنسية خلال الأشهر التالية من العلاج، وخلال متابعة دامت تسع سنوات لم تصب بأي عارض اكتئابي.

أما النوع الثالث (عجز في السيطرة على العلاقات البيشخصية) فإن

العلاج يكون بتقنية تأكيد الذات. وفي بعض الحالات يتم التعامل مع الخوف الاستثنائي بأسلوب إزالة التحسس المنهجي الذي يسبق التدريب على تأكيد الذات.

ويكون علاج النوع الرابع وفقاً لما يلي:

(١) إذا كان الاكتئاب شديداً وطويل الأمد، فهذا يُفسَّر بوجود تفاعل بين الاستجابات للحادثة الراضة، واستعداد فيزيولوجي مسبق عند المكتئب. أي بتعبير آخر: إن الشدة قد حرَّضت الاكتئاب الداخلي المنشأ.

(٢) في حالات أخرى، يكون الإشراط المسبق كافياً لتفسير ردِّ الفعل المبالغ فيه إزاء الفاجعة أو الخسارة. وبتوضيح أكثر يكون المفجوع قد سبق وتحسس كثيراً من فاجعة سابقة، فجاءت الحادثة التالية بمثابة إشراط للأولى.

وإذا كان هناك عنصرٌ بيولوجي في الاكتئاب فلا بد من إعطاء الدواء المضاد للاكتئاب. وإذا كانت الفاجعة، أو الرفض، من قبل المحب، قادت إلى تحقير الذات، فلا بد من العلاج المعرفي القائم على تصحيح الأفكار الخاطئة. أما فرط رد الفعل بسبب الحرمان القائم على إشراط قلق مسبق إزاء الفاجعة أو الخسارة فإن الحالة تعالج حينئذٍ بإزالة التحسس.

وقد قارن راش Ruch وجماعته (١٩٦٦) العلاج المعرفي بالعلاج الفارماكولوجي للاكتئاب، فلم يجد تفريقاً بين الاكتئابات العُصابية والبيولوجية. ومن بين الاكتئابات الأولى لم يجد فرقاً بين تلك التي أساسها معرفي، والأخرى التي تُعزى إلى الإشراط الكلاسيكي (كما هو معلوم أن أنواع الاكتئاب كافة بحسب نظرية العلامة المعروف بيك Beck

هي معرفية الأسباب، وهذا ما يفسر عدم نجاحات العلاج الدوائي).

٢ ـ الخوف من الأعراض البدنية

يواجه المعالجون عادة صعوبات ردود الفعل التخوفية عند المرضى التي تثيرها إحساسات البدن. **فالمنبهات الداخلية المنشأ هي بالقدرة نفسها على خلق إشراط الخوف مثل المنبهات الخارجية**. وغالباً ما تكون المنبهات التي نحن بصددها من **نتائج الخوف ذاته**؛ مثل تسرُّع القلب، أو الصداع وتعرق راحة الكفِّ، والتأثيرات المختلفة لفرط التهوية الرئوية؛ مثل الدوار، والإغماء، وقصور التنفس (زِلة تنفسية) حيث تُحدِث هذه الاضطرابات حلقة معيبة بالتغذية الراجعة المتبادلة بين الخوف وأعراضه البدنية.

أما السؤال المهم الذي ينبغي طرحه فهو: هل تثير الأعراضُ الخوفَ إثارة آلية أوتوماتيكية بفعل الإشراط الكلاسيكي، أو أن الأعراض ذات مضامين مخيفة؟

قد يعتقد المريض أن الأعراض قد تُحدث فقدان الوعي، والخلل العقلي واسترخاء القلب أو الموت. وإذا كان هذا ما يعتقده فعلاً، فلا بد حيئنذٍ من تصحيح وإزالة الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسبب له الخوف المعرفي. ويكون التصحيح بطمأنته أن الأعراض ما هي إلا رد فعل طبيعي للخوف، وبإعطائه **أقصى وأقوى التأكيدات بأن الأعراض يستحيل أن تُحدِث له ما يتوقعه من نتائج خطرة على حياته**.

عندما تكون الأعراض مثل: الدوار، والخدر الحسي، والصداع، أو الغثيان من نتائج أو أسباب فرط التهوية الرئوية، فإنه من الأهمية بمكان أن نبرهن للمريض ذلك بإحداث فرط التهوية الصنعي (جعل المريض

يسرِّع في تنفسه وزفيره فيحدث لديه فرط التهوية)، أي التنفس عميقاً وبسرعة حوالي **دورة واحدة - شهيق وزفير - كل ثانية**، وعليه أن يُعلم المعالَج عن أي إحساس غريب يشعر به خلال هذا التنفس السريع، وعن أي تدخل يمنع إعاقة العملية التنفسية. وعادة تظهر أعراض فرط التهوية **بعد دقيقتين أو ثلاث** دقائق من تصنيع التنفس السريع.

ومن خلال إدراك المريض المباشر أن فرط التنفس هو سبب الأعراض، حينئذٍ قد يتخلى عن معتقده الخاطىء بأنها، أي الأعراض، نذير الاضطراب العقلي أو غير ذلك من المشكلات التي يخاف أن تصيبه. بعدئذٍ نعلم المريض كيف يضبط فرط التهوية المسؤولة عن الأعراض التي ذكرناها ويسيطر عليها وذلك **بإغلاق فمه بإحكام** (ليويس Lewis ١٩٥٤). وهذا الإجراء من شأنه أن يمنع تطور الأعراض البدئية لفرط التهوية، وغالباً ما يؤدي إلى تراجع الأعراض. ويقترح كل من هوجدوين وجولي (١٩٧٩) وضع برنامج يومي بتصنيع فرط التهوية للمريض كي يتعلم السيطرة عليها.

وعندما تستمر الأعراض المرتبطة بالقلق عند المريض، رغم معرفته ببدايتها، فإنه من الممكن إزالة إشراط الخوف بتعريض المريض إلى استخدام متدرج من **استنشاقات** مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين. ويستند تفسير هذا الإجراء على الأرضية المتداخلة بين عناصر القلق، واستجابات الجملة العصبية الذاتية إلى هذا المزيج. فمقدار قليل من هذا المزيج يثير مقداراً قليلاً من تسرُّع القلب. **والقلق المترتب عن هذا التسرع يفترض أنه سيتم تثبيطه بالاسترخاء الذي يعقب التعرض للمزيج الغازي**.

إن الأعراض البدنية التي لا يحرضها القلق مثلما هو الحال في فرط التهوية الرئوية، يمكن أن تكون في حالة إشراط باستجابات الخوف.

والأكثر مشاهدة، الفرد الذي يبدي استجابات خوف شديدة إزاء اضطرابات قلبية فيزيولوجية المنشأ (مثل اضطرابات نظم القلب المختلفة المنشأ، أو ألم في الصدر). ولا بد هنا، أولاً، من التأكد من عدم وجود مرض قلب إكليلي أو غيره قبل أي إجراء علاجي نفسي. وفي بعض الحالات نجد أن طمأنة الطبيب الداخلي للمريض تكون كافية لإزالة الخوف، وفي أحيان أخرى يحتاج التوجيه المعرفي لنفي خطورة الأعراض القلبية إلى تدعيم بالتعرف القاطع إلى السبب الحقيقي للألم (أي إعطاء تعليلٍ للألم وليس الطمأنة فقط بعدم خطورته). فقد يعود السبب في ألم الصدر إلى تراكيب العضلات الوربية الصدرية، **أو إلى امتداد غازي في المعدة أو الأمعاء**. ويمكن البرهنة على ذلك بإعطاء المريض كأساً من عصير برتقال أضيفت إليه ملعقة بكياربونات الصوديوم، فالألم يمكن أن **يَحدُث بالإيحاء الذاتي**، إلا أنه يظل نشطاً في إثارة القلق حتى بعد اقتناع المريض بأن لا علاقة لهذا الألم بأي آفة قلبية، وذلك لأن الألم في كثير من الحالات يكون في **حالة إشراط مُباشر باستجابة القلق**. وهنا لا بد من اللجوء إلى علاجنا التقليدي؛ أي أسلوب إزالة التحسس المنهجي، ويحتوي سُلَّم وحدات المواقف الهرمية القلقية عادة على ألم نوعي يتوضع على مسافات متزايدة من منتصف الصدر بدءاً من أسفل البطن. وإذا كانت تسرعات القلب هي بمثابة منبه للقلق، فإن سلم وحدات المواقف الهرمية يحتوي على عدد مناسب من الضربات القلبية الضائعة (أي خوارج انقباض بطينية Premature ventricular beats).

وعندما يعجز المريض عن استحضار الأعراض في مخيلته استحضاراً فعالاً حيوياً يسبب له الاضطراب الفعلي، فلا بد والحالة هذه من تصنيعها عملياً واقعياً. فيمكن إثارة الألم باستخدام أداة حادة أو

بواسطة الحرارة. أما تسرع القلب أو خفقانه فيصنَّعان بفرط التهوية الرئوية، أو استنشاق مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين، وأحياناً يتم زرق المريض وريدياً بمادة الأدرينالين.

إلا أنه نظراً لصعوبة تحقيق سيطرة كمية على المنبه المُثار صُنعياً، فإن طريقة العلاج المفضلة هي طريقة الإغراق **Flooding** وليس **إزالة التحسس المنهجي**.

وهنا يُحسن أن أذكر أني لجأت[1] إلى طريقة جمعت فيها التبديل المعرفي مع التعريض السلوكي الميداني الواقعي في علاج الخوف من الأعراض غير الناجمة عن القلق، أي الخوف من تسرُّع القلب الحميد غير العضوي، وذلك بجعل المريض يواجه الأعراض **عندما تحدث باستجابة استرخائية** (أحياناً بمساعدة المهدىء الذي يعطى عن طريق الوريد) وفي الوقت نفسه يحرِّض المريض الأحاديث مع الذات الإيجابية الإيحائية التي تدور حول الطمأنينة كأن يقول لنفسه: «هي أعراض غير خطرة ويجب ألا أعيرها الاهتمام أو أن أدعها تثير خوفي... لأني كلما تخوفت غذَّى هذا الخوف الاضطراب».

وأحياناً يُطلب إلى المريض وهو مسترخٍ أن يحوِّل انتباهه إلى موضوع سار أثناء تعرضه لهذا الاضطراب، وقد حصلت على نتائج علاجية جيدة في التعريض الإغراقي بواسطة الاستجابة الاسترخائية مع تبديل الأفكار السلبية الكارثية، وذلك في حالتين من هذا القبيل.

٣ ـ رُهاب الساح Agoraphobia

القاسم المشترك في جميع أنواع رُهاب الساح يكمن في استجابة

---

(١) محمد الحجار.

المريض الطردية أثناء ابتعاده عن مكانه الأمين أو الشخص القريب منه. إلا أن الحالات تختلف اختلافاً بيّناً بتركيب المنبه ٣ الاستجابة، مما يجعلها تستدعي معالجات مختلفة. وتقديم «صفقات» علاجية على نمط واحد إلى كل المرضى المصابين برهاب الساح أمر يدعو إلى الأسىٰ (بارلو ١٩٧٩).

وفي قليل من الحالات لا يبدو رهاب الساح أكثر من **خوف من الفراق والابتعاد**. وفي حالات أخرى، يظهر تحليل السلوك أن ما يخافه المريض فعلاً هو أن تحلَّ به كارثة شخصية. وقد وجدتُ في حالة رهاب الساح عند شاب عمره ٢٥ سنة خوفاً من الأعراض البدنية التي تنتابه (تسرُّع القلب، ضيق التنفس ـ أي أعراض جزع مصحوبة بفرط تهوية رئوية)، وكان ذلك الشاب يظن أن هذه الأعراض ستقضي عليه، فصار يخاف من مغادرة منزله. كما اجتمعت بمريض آخر كان يعتقد بأنه على وشك التعرُّض لنوبة قلبية كلما شعر بشيء من الألم في صدره. وكان قلقه يزداد حدَّة كلما ابتعد عن محيط منزله الذي يؤمن له الإسعاف. وعلى هذا يبدو رهاب الساح مماثلاً لعصاب «المراق» Hypochondria (الانشغالات الوسواسية بوظائف البدن).

وليعلم القارىء أن **إزالة استجابة الخوف للأعراض** عادة ما تشفي رُهاب الساح ذاته. ومع ذلك نجد في حالات أخرى أن الخوف هو من النوع المصادَف في العالم الخارجي ـ الناس المجانين والتعدي الجسدي ـ. فقد نجد مثلاً عند مريضٍ ما خوفاً من الناس الذين يلبسون ألبسة غريبة. والنوع الآخر لمثل هذه الحالة هو رهاب المدرسة؛ حيث نجد أن خوف المريض يتركز على المدرسة.

وقد شاهدت[1] حالة رهاب الساح (الخوف من الناس والتجمعات)

---

(١) محمد الحجار.

عند شاب عمره ٣٠ سنة لم يغادر منزله مطلقاً منذ سنة، وكانت والدته تزوره وتخدمه في عزلته. ويعود سبب خوفه إلى ظنه بأنه عرضة لانتقادات الناس بسبب ما يتخيله من تشوهات وهمية في وجهه، يعتقد أنها تحتاج إلى مداخلات علاجية تجميلية (عدم تناظر الفكين ووجود عين صغيرة وعين أخرى مسدلة الجفن)، رغم أن وجهه كامل وجميل، وذلك خلافاً لما يتخيله من هواجس تشوهية. وكان يرفض العلاج النفسي لأنه لا يؤمن بأي فكرة تقنعه باستواء صورة وجهه، ولذلك لازم البيت، وواصل التفكير بمشكلته ونمّى هذياناته الإدراكية وعززها. وهنا نجد أن مصدر رهاب الساح عنده يعود إلى ما نسميه «باضطراب صورة الذات البدنية» Self image disturbance - وحالته قريبة من الهذيانات الشبيهة بالفصام.

إن القلق الناجم عن العديد من الأسباب قد يكون شديداً بشكل خاص عندما يبتعد المريض عن داره، نظراً لوجود أساس في الإشراط لرهاب الساح. وفي كثير من الحالات يعود سبب القلق الذي يستفحل إلى مستوى الجزع إلى وجود مرض عضوي عند المريض مثل تسرُّع القلب الاشتدادي الأذيني، أو نقص سكر الدم، أو آفة قلبية في الصمامات الخ...

والأهمية الكبيرة للمعالج تكمن في إدراك أن أمثال هؤلاء المرضى هم عرضة للقلق بسبب هذه العلل العضوية، إضافة إلى إمكان وجود قلق إشراطي. وفي بعض هذه الحالات لا نجد قلقاً إشراطياً، فالمريض لديه خوف حقيقي من تعرضه لنوبات عجز بدنية، ولا يستطيع التنبؤ بوقت إصابته بهذه النوبات، ولا يستطيع السيطرة عليها. وعلاج مثل هذه الحالات نفسياً هو خطأ جدير باللوم لأن في الخوف أساساً وحقيقة.

وثمة رهاب الساح ينبع من خصومات زوجية، أو مخاوف لا تمت

لرهاب الساح بصلة. ومن شأن علاج هذه الخصومات أن يؤدي إلى اختفاء رهاب الساح بدون معالجة مباشرة له.

٤ ـ اضطراب الكلام ـ التأتأة Stuttering

إن ارتباط معظم حالات التأتأة بالقلق الاجتماعي يمكن إدراكه عندما نجد أن كل مصاب بهذا الاضطراب تقريباً يتكلم بطلاقة عندما يكون وحده، أو أمام أفراد يشعر بالارتياح معهم، وكلما تعاظم القلق المُثار بفعل الموقف الاجتماعي، كانت التأتأة أشد.

ويكشف تحليل السلوك عناصر المنبه في الموقف الاجتماعي الذي يكون مسؤولاً عن اضطراب الكلام، **وعلى هذا التحليل تقوم الاستراتيجية العلاجية**. وفي معظم الحالات فإن التدريب على تأكيد الذات، أو بعض أشكال إزالة التحسس هو العلاج، أو كلاهما معاً.

٥ ـ الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية ـ البدنية)

المرض السيكوسوماتي هو مرض بدني يتعرَّض المريض فيه إلى استجابات ناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية (الذاتية) بفعل منبهات خارجية، أو منبهات داخلية المنشأ، كانت **العامل السببي أو المساهم** في هذا المرض. ولهذه المنبهات في معظمها تأثيراتها الفيزيولوجية من خلال إثارة القلق. ولكن هناك أيضاً آليات أخرى فاعلة في المرض (انظر إلى مرض الربو الذي سنتكلم عنه).

ولقد تمَّ تعريف القلق موضوعياً على أنه «مجموعة الخصائص الفردية لاستجابات الجملة العصبية الإعاشية (الذاتية) إزاء المنبه المؤذي أو الضار». وتنصبُّ استجابة القلق على عضو معين ضعيف القوة. ويؤثر فرط النشاط الناتج لهذا العضو تأثيراً ضاراً سيئاً على الوظيفة الفيزيولوجية

لهذا العضو، وفي بعض الأحيان يؤدي هذا الاضطراب في الوظيفة إلى حدوث آفة عضوية في العضو؛ كالقرحة المعدية مثلاً. وطبقاً للعلاَّمتين ولف وولف (١٩٤٧) هناك تسميات كلاسيكية مثل: «رادّات الفعل المَعِدية Stomach reactors، ورادّات الفعل الأنفية، ورادّات الفعل للنبض، ورادّات فعل ضغط الدم الشرياني»، لذا فإن القلق عامل في **استمرار المرض البدني، لأن هذا المرض ينحسر وينكمش بزوال عادة استجابة القلق.**

ومن بين الأمراض الشائعة التي تقترن بالاضطراب الانفعالي نذكر: الربو القصبي، القرحة المعدية، تهيج القولون، الشقيقة أو الصداع الوعائي، ارتفاع الضغط الشرياني، والتهاب الجلد العصبي.

وليكن معلوماً أن العامل السيكولوجي لا يكون عاملاً في كل حالة ليطلق عليها اسم حالة «سيكوسوماتية». فمثلاً **لآفات الدماغ المتوسط** دور في التسبب بفرط نشاط الجملة العصبية الإعاشية في المعدة الذي يؤدي بدوره إلى فرط حموضة المعدة. وبهذا تكون هذه الآفات سبب القرحات المعدية.

أ ـ الربو القصبي

يُعزى مرض الربو إلى عوامل متعددة، تتفاعل فيما بينها لتحدث الاضطراب. من ضمن هذه العوامل: العمليات التحسسية، والخماجية (الالتهابات البكتريائية والفيروسية)، والانفعالية. وأي واحد من هذه العوامل أو أي خليط أو مزيج منها قد يسبب هذا الاضطراب (ريس Rees ١٩٥٦).

وهناك تقسيم عام ثانوي لهذا الاضطراب، يستند إلى معايير طبية

متعددة، ويصنف الحالات إلى استعدادات مسبقة (جينية وراثية) عضوية عالية، وحالات تكون فيها هذه الاستعدادات ضعيفة منخفضة (بلول وجماعته ١٩٦٤). فالعوامل النفسية تؤدي دوراً كبيراً في الصنف الثاني (الاستعدادات المسبقة ضعيفة).

وفي السنين الأخيرة أظهرت دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكي في الربو القصبي. وقد طبقت ثلاث تقنيات في علاج هذا الاضطراب الذي يحرضه القلق: بإزالة التحسس المنهجي، وعلاج الاسترخاء، وعلاج الاسترخاء مع الإيحاء. وقد اتضح من خلال دراسة تجريبية ضابطة: تقنية إزالة التحسس المنهجي تفوقت على التقنيتين الأخريين في زيادة السعة الرئوية.

هنا لا بد من وقفة تستوجب التوضيح؛ هي لماذا يعمل القلق على تنشيط الجملة العصبية نظيرة الودي (نظير الودي يضيق القصبات الهوائية في الرئة) فيؤدي ذلك إلى حدوث النوبة الربوية؟

يرى هاهن (١٩٦٦) أن هناك بروفيلاً غير عادي للاستجابة الناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية إزاء الموترات عند المصابين بالربو. فخلافاً لمعدل ضربات القلب والضغط الدموي (يرتفع المعدل هنا بفعل تنبيه الجملة الإعاشية لهما)، فإن مواصلة الطرق الهوائية والمعدلات التنفسية عند المصابين بالربو هي في اتجاه معاكس بالنسبة إلى أفراد التجربة الضابطة. وإلى جانب حالات الربو التي يكون القلق فيها وسيطاً في نوبات الربو، هناك حالات أخرى يكون فيها التضيق القصبي مرتبطاً بإشراط مباشر بالمنبهات الحيادية السابقة.

في البداية، لا بد أن يتحدد في التقرُّب السلوكي لأي حالة ربو، إذا كان القلق **عاملاً سببياً**. وإذا كان الأمر كذلك، حيئنذٍ يتعين أن تُعالج

الحالة كما يفرضها التحليل السلوكي. أما إذا لم يكن الأمر كذلك فإن الاعتبار يجب أن ينصب على محاولة خلق إشراط التوسع القصبي على أساس التغذية الراجعة[١].

ب ـ ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

رغم أن أسباب ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي غير معروفة حتى الآن، هناك ما يستدعي الشك أن الاستجابات القلبية ـ الوعائية الإشراطية الناجمة عن المنبهات البيئية تعدُّ عنصراً أساسياً في كثير من حالات الضغط، وهذه الحالات بالذات هي التي يُتوقع أن تستجيب للطرق السلوكية.

وبيَّن لنا جاكوبسون (١٩٣٩) منذ مدة طويلة أن إرخاء الجهاز العضلي يخفِّض الضغط الأعظمي والأصغري للدم. وفي أبحاث حديثة (١٩٨٠) وجد جاكوبسون انخفاضاً دائماً ومهما لضغط الدم عند ثلثي ٩٠ مريضاً، وهنالك العديد من الدراسات تشير إلى النتائج نفسها ومن ضمنها الاسترخاء بواسطة التغذية البيولوجية الراجعة.

أما هوستون وزوراوسكي (١٩٨١) فقد أفادا بنتائج مشجعة من خلال استخدام الطريقة التدريبية التدبرية للقلق التي ابتدعها سوين Suinn، ويُطلب فيها إلى المريض أن يسترخي، وفي الوقت نفسه يتخيل مواقف ماضية موترة (تدريب تطعيمي ضد التوترات المرافقة للضغط الشرياني). وهنا ينبثق السؤال التالي: هل يمكن، إذا كانت فترات

---

(١) انظر محاضرة الدكتور محمد حجار بعنوان: أهمية العلاج السلوكي في الربو القصبي. فلوريدا عام ١٩٩١ م، مؤتمر المؤسسة الوطنية الأميركية للتطبيقات الإكلينيكية.

التدريب الاسترخائي اليومية متقطعة، أن تحقق انخفاضاً مستمراً ودائماً في ضغط الدم؟

الواقع إن هذا التدريب يحتاج إلى يوم بيوم، وساعة بساعة في قراءات للضغط الشرياني، للتأكد من تأثيرات المعالجة سلباً أو إيجاباً في امتدادها على بيئة المريض العادية.

ولقد أجاب على هذه المعضلة غراهام وبيمان (١٩٧٧) بقراءات يومية لضغط الدم تؤخذ في الدار، عند مرضى ضغط دم أساسي، خضعوا إلى تدريبات استرخائية، فاتضح لهما انخفاض الضغط من ١٥٥/ ٩٥ إلى ١٣٠/ ٨٠ ودام هذا الانخفاض ٤٠ أسبوعاً.

إن الربح العلاجي بالتدريب على الاسترخاء في علاج ارتفاع الضغط الدموي الأساسي بتخفيضه تخفيضاً مستمراً يخضع لشرطين: أولهما أن تتشكل عند المتدرب عادة إرخاء العضلات إرخاءاً ثابتاً كما يؤكد على ذلك جاكوبسون (١٩٣٨).

وثانيهما تعرُّف عادات استجابات القلق غير التكيُّفية ومن ثم العمل على إطفائها.

ولسوء الحظ لا توجد حتى اليوم أي دراسة منهجية تناولت التأثيرات على الضغط الشرياني بإطفاء القلق العُصابي، وكل ما لدينا هو حالات فردية، ولعل الحالات الفردية الطموحة هي التي بيَّنها لنا العلامة ولبي من شفاء تام أو تحسن دائم لحالات مرضى كانوا يشكون من ارتفاع ضغط شرياني حيث دام هذا التقدم العلاجي لسنين عديدة (ولبي ١٩٧٦).

جـ ـ الشقيقة وصداع التوتر

يُعدُّ التوتر الانفعالي عاملاً مسرعاً شائعاً في نوبات الشقيقة (الصداع

النصفي الوعائي)، وأيضاً لأنواع الصداع الأخرى غير الوعائية. ويمكن إضعاف أو إزالة أنواع الصداع في كلا التصنيفين (الوعائي والصداع التوتري) من خلال الأخذ ببرامج إزالة الإشراط الانفعالي. ولنعلم أن الاسترخاء وحده لا يكفي لإضعاف الصداع بأنواعه المختلفة، فلا بد من الاستعانة بالعلاج السلوكي والمعرفي في علاجه، أي إزالة المسببات المحرضة للصداع.

د ـ الاضطرابات المعدية ـ المعوية

بما أن الجهاز الهضمي هو مُعصَّب بالجملة العصبية الإعاشية فليس هناك ما يدعو إلى الدهشة من الدور الكبير الذي تقوم به الاضطرابات الانفعالية في التأثير على الاضطرابات الهضمية ـ على جميع المستويات ـ من المَريء حتى المستقيم (القسم النهائي من الأمعاء الذي يتصل بالشرج).

وأول دراسة أوضحت العلاقة بين الاضطراب الانفعالي، والاستجابات الإفرازية الهضمية، والاستجابات الوعائية للمعدة، هي التي أجراها كل من ولف Wolf وولف Wolf (١٩٤٢) وتبين لهما أن **الخوف يُخمد الإفراز والحركة الهضمية بينما العدوان يزيدهما، كما أن مخاطية المعدة تصبح هشة وحساسة خلال** الغضب والعدوان.

ورغم هذه المعطيات التي تبرز أهمية العوامل الانفعالية في القرحة إلا أن أبحاث Pfeiffer وجماعته (١٩٧٣) انتهت إلى النتيجة التي مآلها أن أسباب تقرحات المعدة ما زالت غامضة. ومع ذلك فإن القلق يقترن بتعاظم الاضطراب في بعض الحالات، والشفاء من القرحة المعدية يرتبط بإزالة **إشراط عادات القلق ـ الاستجابة** (ولبي ١٩٥٨).

وتعتبر الدراسات المتعلقة باستخدام العلاج السلوكي في اضطرابات الجهاز الهضمي السفلي أكثر وفرة، إذ يخبرنا Hedberg (١٩٧٣) عن حالة امرأة تبلغ من العمر ٢٢ سنة وتعاني من إسْهال مزمن، أمكن التغلب عليه بنجاح من خلال ١٢ جلسة إزالة التحسس المنهجي بدون أي انتكاس، وبمتابعة دامت سنتين. وحصل فورمان (١٩٧٣) على نتائج إيجابية عند خمسة مرضى يشكون من إسهال وظيفي، وذلك من خلال تطبيق التغذية البيولوجية الراجعة والمتضمنة التعزيز اللفظي.

كما أن الجانب الانفعالي في متلازمة تهيج الأمعاء برز في مقدمة أبحاث لايثمر ورفاقه (١٩٨١)، حيث وجدوا أن ردود الفعل الهضمية عند أفراد التجربة لا تختلف عن العُصابيين المتماثلين في معاناتهم للقلق والاكتئاب، ولكن بدون أعراض معوية، لذا فإن علاج متلازمة تهيج الأمعاء Irritable bowel syndrome هو في واقع الأمر علاج عادات استجابة القلق التحتية، غير المرئية.

٦ ـ الأفعال الجبرية والوساوس

الوساوس هي اضطرابات ناكسة، سواء أكانت أفكاراً مستمرة أم نزوعات. ويشير الجبر إلى مظاهر حركية مهيمنة. ولبعض السلوكيات الوسواسية تأثير في تخفيض القلق، وبعضها الآخر له تأثير في زيادة القلق (ولبي ١٩٥٨)، علماً أن القلق عامل مهم في تحريض كلا النوعين. وهناك حالات تكون فيها السلوكيات الوسواسية مستمرة استمراراً ذاتياً حتى بعد إزالة إشراط القلق السابق، ذلك لأنها أضحت في حالة إشراط مع منبهات أخرى، إلا أن مثل هذه الحالات تبدو غير عادية.

والهدف الأول في التعامل مع العُصاب الوسواسي، كما هو الحال

في العصابات الأخرى هو **التعرف على القلق السابق وإطفاؤه**. وكقاعدة أساسية تكون تقنية إزالة التحسس المنهجي هي الركيزة والأساس، وتكون الجهود المطلوبة كبيرة عادة، إلا أن أبحاث كل من هودجستون وجماعته (١٩٧٢) التي تناولت دراسات مقارنة تجريبية في نجاعة كل من إزالة التحسس والإغراق، والإغراق المسبوق بالنموذج Modelling، أوضحت أن التقنية الأخيرة تفوقت على التقنيتين السابقتين[١].

٧ ـ الانحرافات الجنسية

سبق وتكلمنا عند الحديث عن العلاج التنفيري بالصدمة الكهربائية عن تطبيقات هذا العلاج على الانحرافات الجنسية والفيتشية. على أن ما نرغب في الحديث عنه هو اللوطية (أو الجنسية المثلية). فالأبحاث الحديثة جداً بينت أن بعض اللوطية واللسبية هي مسألة قدر ومصير عند الفرد.

وهي بأصولها عضوية بيولوجية، أي أن التوجه الجنسي نحو الجنس نفسه عند الذكور (اللوطية)، أو نحو الجنس الآخر يتقرر عندما يكون الكائن الحي جنيناً في بطن أمه. فالهرمونات الجنسية بتأثيرها على الدماغ هي التي تحدد هذا النوع من التوجُّه، ولا تقيم النظريات الحديثة أي وزن للعوامل التربوية والبيئية في التوجه الجنسي اللوطي عند الذكور، وهذا ما دفع جمعية الطب النفسي التي تصدر كتاب DSM - IV **إلى حذف اللوطية أو الشذوذ الأنثوي** (ميل المرأة الجنسي إلى النساء) من

(١) لمزيد من التفصيل والمعرفة بأساليب العلاج الحديثة للعصاب الوسواسي - الجبري راجع كتاب: العلاج النفسي الحديث للعصاب الوسواسي ـ الجبري. تأليف الدكتور محمد حجار، إصدار طلاس للنشر، دمشق عام ١٩٩٢ م.

تصنيف الاضطراب أو المرض باعتباره سلوكاً، بيولوجي المنشأ، لا يمكن تبديله، ولا دخل للإنسان ولا للتربية أو البيئة في تكوينه أو توجيهه.

إلا أن العلامة ولبي من خلال تجاربه ومعالجته يرى أن الانحراف الجنسي عند الرجل (اللوطية) يقوم على أساس أحد الأنواع الثلاثة أو أكثر من العادات المتعلمة:

أ - ردود الفعل الإشراطية المثارة من قبل النسوة في سياق الارتباط العاطفي أو التقرُّب الجنسي الجسمي.
ب - القلق الإشراطي البيشخصي من النوع الذي يستدعي المعالجة بالتدريب على تأكيد الذات.
جـ - الإشراط الجنسي الإيجابي نحو الذكور.

إن العلاج التنفيري يطبق فقط في اللوطية للحالة الثالثة (أي جـ).

أما الحالة الأولى أو الثانية أو كلتاهما معاً من القلق الإشراطي، فإن العلاج يجب أن يتناول أولاً إزالة القلق المسبب في اللوطية. وإذا ما نجحت المعالجة فغالباً لا ضرورة هناك للعلاج التكريهي، ذلك لأن اللوطية تنحسر ويتوجه الميل الجنسي نحو النسوة.

إن العلاج التكريهي بواسطة الصدمة الكهربائية هو الشائع في اللوطية، كما وأن التحسس المستتر (التقنية التي ذكرناها) لها نجاحاتها (عالجت حالة لوطية عند شاب عمره ٣٦ سنة بالتحسس المستتر فكانت النتائج مشجعة - د. حجار).

٨ - عُصابات أو اضطرابات الطبع Character Neuroses

تُعرف هذه العُصابات بعُصاب يتميز بسلوك مضاد للمجتمع مثل الاغتصاب الجنسي، والكذب المرضي، وهوس السرقة Kleptomania

وهذا التعريف يشمل أيضاً الانحرافات الجنسية مثل التلصص الجنسي، واستعراض العورة Exibitionism.

ونظراً لأن القلق هو السابق لهذه النماذج من العادات المرضية، فإن إزالة القلق هي مفتاح إزالة هذه السلوكيات الباثولوجية.

٩ ـ البدانة **Obesity**

للبدانة أساس بيولوجي في بعض الحالات، إلا أن معظم البدينين تكمن علة سِمنتهم في شراهتهم نحو الطعام، وتلك عادة، وهذا ينطبق أيضاً على النسوة.

ولمد فطن ستيوارت (١٩٦٧) إلى ذلك، وهو أول من استغل هذه الحقيقة، فابتدع برنامجاً لتبديل عادة الطعام وليس في التحايل على محتوى الطعام، وكانت تجربته الأولية ناجحة في جميع الحالات التي عالجها وعددها ١١ حالة، حيث استقر وزن أفراد هذه العينة خلال مدة سنة متابعة.

وكانت طريقته أن تزن المتعالجة نفسها مرة واحدة يومياً في الصباح أو المساء (أو الذكر)، فلا تعطى غذاءً معيناً، ولكن يتم إعلامها أن عليها ألاّ تأكل مهما كانت الظروف إلا عندما تجلس إلى طاولة الطعام لتتناول وجبتها العادية اليومية، ومن المرغوب فيه إن تجلس على الطاولة مع الآخرين، ولكن إذا كانت جالسة بمفردها إلى طاولة الطعام فلا تفعل أي شيء آخر، أي أن تركز انتباهها على الطعام وليس بالانشغال في نشاطات أخرى مثل مشاهدة التلفزيون، الاستماع إلى الموسيقى أو القراءة الخ . . . ومن ثم عليها أن تضع السكين والشوكة على الطاولة مرة أو مرتين خلال تناولها وجبة الطعام وتركز انتباهها على الطعام بدون أن تأكل لمدة دقيقتين

في بادىء الأمر، وهذه المدة يتم زيادتها دقيقة واحدة كل أسبوع لتصل إلى خمس دقائق كحد أقصى. والحكمة من وراء هذا التوقُّف عن تناول الطعام لهذه الفترة الزمنية هي خلق تثبيط إشراطي ضد الاستجابة الآلية لتناول الطعام بمجرد رؤيته، وهذا ما يفترض به أن يجعل الكثير من المريضات بالشراهة يشعرن بجوع أقل. وفي بعض الحالات تبرز الضرورة في تثبيط شهية الطعام بين الوجبات الغذائية بواسطة اللجوء إلى التحسس الخفي أو المستتر (التكريه التخيلي للطعام).

وبالرغم من أن هناك براهين تدل على تفوُّق الطريقة السلوكية في علاج البدانة على الطرق الأخرى (ستاندكارد ١٩٧٥) فإن النتائج المتفائلة لطريقة ستيوارت لم تستمر، ذلك لأن خسارة ١١ رطلاً إنكليزياً بواسطة البرامج السلوكية حسب رأي جيفري (١٩٧٨) تبدو متواضعة عندما تكون هناك بدانة كبيرة.

ومما لا شك فيه أن العلاج التكريهي ببرامجه المتعددة هو علاج قيِّم، ولكن علينا ألا نهرب من حقيقة كون البدانة مشكلة ومعضلة كبيرة لم يتم حلها بعد، ولعل ذلك يكمن في أنها تحمل سمة وخصائص الإدمان على الطعام.

الفصل السادس عشر

تقييم العلاج السلوكي

بما أن العلاج السلوكي هو التطبيق الإكلينيكي (السريري) لمبادىء التعلم وأسسه الثابتة والمرسخة تجريبياً، فإن استخدامه تقريباً يجيء حصراً في الحالات الإكلينيكية إذ إن التعلم هو أساس هذا العلاج.

والحالات الأكثر شيوعاً في هذا العلاج هي العُصابات النفسية (اضطرابات القلق حسب تصنيف كتاب DSM - IV)، وهي الموضوع الرئيسي في هذه الورقة العلمية، وهذا ما يطرح التساؤل في العملية التقييمية لهذا النوع من العلاج، عن الفعالية العلاجية للعلاج السلوكي في العُصابات النفسية.

ولا شك أن العلاج السلوكي بدا متفوقاً في فعاليته، وذلك من خلال الإحصائيات المقارنة بين العلاج النفسي والعلاج السلوكي، وإليك الدراسات المقارنة.

١ ـ بيانات المعطيات الأولية

بدءاً من عام ١٩٥٥ م وما بعد، كان هناك تيارٌ ثابتٌ من الدراسات والأبحاث تناولت علاجات ناجحة لحالات فردية، أو لمجموعات صغيرة

بالعلاج السلوكي. وهذه الحالات تم جمعها في مجلدين من قبل العلامة Eysenck (١٩٦٠، ١٩٦٤).

وكانت هناك أيضاً مقارنة إحصائية خاضعة للضبط التجريبي في وقت مبكر. ففي عملية مسح قام بها ولبي (١٩٨٥) تناولت نتائجه في العلاج السلوكي من خلال ممارسته الخاصة، اتضح أن ٨٩٪ من أصل ٢١٠ مريض عُصابي إما أنهم شفوا من علتهم، أو طرأ تحسن على أعراضهم بنسبة ٨٠٪، وذلك بمتوسط جلسات علاجية عددها ٣٠ جلسة. وفي متابعته العلاجية لـ ٤٥ من هؤلاء المرضى لمدة تراوحت بين السنتين والسبع سنوات تبين أنهم احتفظوا جميعهم بما حققوه من نجاح علاجي، عدا واحد منهم.

ولعل المدهش في نتائج العلاج السلوكي أن عدد الجلسات العلاجية كانت قليلة جداً، بالمقارنة مع الطرق العلاجية النفسية الكلاسيكية. وهناك دراسات العلامة حسين (١٩٦٤) وبورنيت (١٩٦٤). فقد أفاد حسين أن نتائج ما يقرب من نسبة ٩٥٪ من المرضى الذين عولجوا من قبله بالعلاج السلوكي، كانت إما انحساراً تاماً في الأعراض، أو قريباً من ذلك، وذلك في عدد من المرضى يبلغ (١٠٥) مريض، عولجت عادات اضطراباتهم بالإيحاءات الذاتية التي استندت إلى مبدأ التثبيط المعاكس السلوكي Reciprocal inhibition.

وعالج كل من بورنيت وزميله ريان ١٠٠ مريض بالتدريب الاسترخائي، أتبعاه بإزالة التحسس التخيلي والميداني على مستوى أفراد وجماعات، واستمر العلاج لمدة خمسة أسابيع. وخلال متابعة دامت سنة واحدة لعدد مقداره ٢٥ مريضاً (هذا ما استطاعه بورنيت وزميله)، كان هناك ١٥ مريضاً (٦٠٪) ظلوا في حالة شفاء أو في حالة تحسن. ولا ننسى

هنا قصر مدة العلاج التي لم تتجاوز خمسة أسابيع.

٢ ـ المعطيات الجديدة الحديثة

في السبعينيات أجرى سولوان وجماعته (١٩٧٥) دراسة مقارنة، خضعت للضبط التجريبي في محاولة منهم لمقارنة العلاج السلوكي مع الطرق العلاجية القائمة على العلاج النفسي التحليلي. كما أجرى سميث وغلاس (١٩٧٧) دراستين مسحيتين مقارنتين تمت فيهما مقارنة فوائد الأنظمة المختلفة لطرق العلاج النفسي.

ففي أبحاث سولوان وجماعته المقارنة تَمّ تقييم أفراد التجربة من قبل مُقيمين مستقلين، ثم أُرسل هذا التقييم، بتتابع عشوائي، إما إلى العلاج السلوكي وإما إلى المعالجين النفَسيين المحليين. وقد اتضح من هذه الدراسة عدم وجود فروق مهمة بين النظامين العلاجيين، ووصل سميث وغلاس إلى النتيجة نفسها أيضاً. وتعتبر هذه النتيجة مهمة طبعاً، لأن العلاج السلوكي تمكَّن من تحدي العلاج التحليلي الفرويدي، ووازاه قوة، وفاقه في قصر الوقت، وقلة الكلفة العلاجية.

إلا أن نتائج سميث وسولوان تعرضت للنقد من قبل المعالجين السلوكيين الذين وجدوا في ممارستهم الإكلينيكية أن كثيراً من المرضى الذين عولجوا بالعلاج النفسي التحليلي تحولوا إلى العلاج السلوكي، بسبب فشل العلاج الأول، وهذا الأمر استدعى سولوان وسميث وغلاس إلى إعادة النظر بدراساتهم المقارنة السابقة، بعد أن راجع كل من هارفي وأندرو (١٩٨١) تلك الدراسات، ووصلا إلى نتيجة، بعد سلسلة معقدة من العمليات الإحصائية، وفرز الدراسات الضابطة، ومعاينة مواقف المقيمين، مفادها تفوق العلاج السلوكي على العلاج النفسي التحليلي، وعُدَّ العلاج المختار، والأسهل، والأكثر فعالية.

ومع ذلك لم يرض المعالجون السلوكيون عن هذا التفوق، لأن نسبته التي أسفرت عنها دراسة هارفي وأندرو كانت أقل مما ينبغي أن تكون عليه، وذلك لأن الدراسة المقارنة لم تشتمل إلا على القليل جداً من المرضى الذين يشرف عليهم معالجون سلوكيون جيدون، يتمتعون بخبرة قوية في هذا الميدان. ولو كانت عينة العلاج السلوكي مأخوذة من حالات عولجت من قبل معالجين سلوكيين جيدي التدريب لجاءت نسبة التفوق أعلى بكثير.

وأخيراً أجرت الجمعية الأميركية للطب النفسي عام ١٩٧٥ دراسة مسحية لمعرفة مكانة كل من العلاج السلوكي أو العلاج النفسي الديناميكي (غلاس ١٩٧٥) في الفعالية العلاجية، فاتضح أن العلاج السلوكي يتفوق على العلاج التحليلي. وتراوحت نسبة الشفاء أو التحسن في الأول ما بين ٤٥ ـ ٩٠٪ من الحالات في العصابات النفسية، ولم تتعد نسبة الانتكاس ٢٠٪. أما في العلاج التحليلي فكانت النسبة تتروواح بين ٣٥ ـ ٥٥٪ ونسبة الانتكاس تصل إلى حدود ٦٠٪.

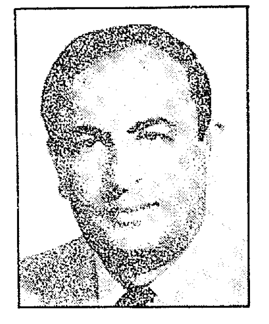
تلك هي نظريات إحصائية مقارنة أوردناها لنبين أهمية العلاج السلوكي ومكانته لا سيما وأن معظم المؤتمرات المختصة بالصحة النفسية تبرز في مواضيعها دور العلاج السلوكي في هذا الميدان.

الفهرس

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

نبذة عن السيرة العلمية للمؤلف



- يحمل شهادة بكالوريوس في العلوم العسكرية من الكلية العسكرية في مدينة حمص.
- نال شهادة الليسانس في التربية وعلم النفس من الجامعة السورية ـ كلية التربية عام ١٩٦٠، ودبلوم في الدراسات العليا ـ مدته سنتين ـ في علم النفس من الجامعة نفسها.
- ماجستير في علم النفس من جامعة هاورد في الولايات المتحدة الأميركية، ودكتوراه في علم النفس السويسرية من جامعة برندين في الولايات المتحدة الأميركية.
- مجاز من هيئة البورد الأميركية في علم النفس الطبي والطب النفسي السلوكي، من ولاية تنسي، وشهادة تخصص من كاليفورنيا في العلاج النفسي ـ الفيزيولوجي.
- شغل منصب رئيس قسم الانتقاء والتوجيه المهني في القيادة العامة للقوات المسلحة السورية في عهد الوحدة، ورئيس فرع الحرب النفسية والخدمات المعنوية في القيادة نفسها.

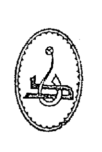
- دَرَّس وترأس برنامج الرعاية والصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى ماجستير في أكاديمية نايف للعلوم الأمنية في الرياض، التابعة لمجلس وزراء الداخلية العرب، على مستوى أستاذ باحث وزائر في هذه الأكاديمية، وأنجز عدة دراسات وأبحاث تتعلق بأمور علاج الإدمان على المخدرات وغيرها.
- درَّس في جامعة دمشق كلية التربية، وكلية طب الأسنان على مستوى أستاذ محاضر، وألف كتابين جامعيين لتدريس علم النفس الصيدلاني، وعلم النفس السريري لطب الأسنان.
- ألَّف ٢٣ كتاباً في ميادين العلوم النفسية العسكرية، والصحة النفسية، والعلاج النفسي الحديث، والطب النفسي، وعلاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وغيرها.
- أنتج ما يقرب من ٢٢٥ بحثاً ومقالاً في ميادين العلوم النفسية المختلفة نشرت في المجلات العربية المحلية والإقليمية والعالمية.
- أدرجت سيرته العلمية في كتاب who is who العالمي الذي تصدره سنوياً المؤسسة الأميركية للسيرة الذاتية للوجوه العلمية العالمية، وأيضاً أدرجت هذه السيرة في كتاب: «رجال الإنجاز في العالم» الصادر عن مؤسسة كامبردج للسير الذاتية العالمية.
- ساهم محاضراً في أكثر من ١٥ مؤتمراً إقليمياً ومحلياً وعالمياً وحصل على عشر شهادات تقدير وجوائز علمية.
- عضو في خمس جمعيات عالمية للصحة النفسية والعلاج النفسي.

صدر عن «دار النفائس»

المكتبة النفسية

* المرشد الصحي النفسي لتعليم التكيف السلوكي للأولاد ..د. محمد الحجار
* العلاج السلوكي للتوتر والغضب ....د. محمد الحجار
* عالج مشكلاتك النفسية بنفسك ....د. محمد الحجار
* الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي ـ السلوكي ....د. محمد الحجار
* التخلُّف الدراسي وصعوبات التعلم ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* التبول اللاإرادي لدى الأطفال ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* مشكلات المراهقة والشباب ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* دليل المعلم لتشخيص التعلم ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* الأمراض النفسية ـ الجسدية (أمراض العصر) ..د. فيصل محمد خير الزرّاد





الوجيز في فن ممارسة
العلاج النفسي - السلوكي

بسم الله الرحمن الرحيم

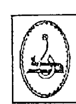
الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي ـ السلوكي

تأليف

الدكتور محمد الحجار

دكتوراه في علم النفس السريري (إكلينيكي) ـ أمريكا ـ
مجاز من البورد الأمريكي في علم النفس الطبي والطب النفسي ـ السلوكي
أستاذ محاضر سابق في جامعة دمشق وفي أكاديمية تأليف العربية للعلوم الأمنية، في الرياض

دار النفائس



للطباعة والنشر والتوزيع
شــارع فردان - بنـاية الصـــباح
وصـفي الـدين - ص.ب 14 /5152
فـاكـس : 861367 - هـاتـف : 803152
أو 810194 بيـروت - لبـــنان

DAR AN-NAFAÉS
Printing-Publishing-Distribution
verdun str. Saffi Aldeen Bldg.
P.o.Box 14/5152
Fax: 861367 - Tel. 803152 -
810194. Beirut - Lebanon

E-mail: nafaes@intracom.net.lb

الطبعة الأولى : 1420 هـ - 1999 م

هذا الكتاب

هذا الوجيز مستقى من مؤلفات العلامة الطبيب النفسي المعروف جوزيف ولبي الذي يُعدُّ واحداً من أبرز المبتدعين في العلاج النفسي السلوكي في العالم، والذي ابتكر ما يسمى بأسلوب «الإزالة المنهجية للحساسية» في علاج الرهاب والقلق والمخاوف المرضية على اختلاف أنواعها.

وقد عمدتُ إلى استخلاص أهم الأسس النظرية والتطبيقية والافتراضات التي ضمَّنها في مؤلفاته وتجاربه في ميدان العلاج السلوكي، وكتبتها في هذا الوجيز.

إن هذا الوجيز هو للباحث، والمعالج النفسي السلوكي ـ المعرفي، وللطالب في علم النفس، وللطبيب النفسي، ولجميع العاملين في ميدان الصحة النفسية المهنية، وللأستاذ المدرِّس في كليات الطب والتربية والعلوم النفسية، وللقارىء المثقف المهتم بالعلاج النفسي، وهو أيضاً لمن يلتمس العلاج النفسي بالتعليم الذاتي.

والله الموفق.

د. محمد الحجار



الفصل الأول

سمات العلاج النفسي السلوكي ومنابعه

هدف العلاج السلوكي هو إضعاف عادات السلوك المتكررة اللاتكيفية المتعلمة أو إزالتها. والسلوك اللاتكيفي (أو الاستجابة اللاتكيفية) يظهر رداً على منبه خاص. وتكون الاستجابات السلوكية حركية وانفعالية ومعرفية. وبذلك تصبح العادات السلوكية اللاتكيفية مخرّبة للعضوية ومؤذية.

يُعرَّف العلاج السلوكي بأنه: «استخدام الأسس التجريبية المثبتة والمُبرهن عليها، والقائمة على مبادىء التعلم بهدف إزالة الاستجابات اللاتكيفية أو إضعافها».

ومصطلح العلاج السلوكي الذي وضعه سكينر وليندزلي، تبناه هانس أيسنك (١٩٦٠) وأعطاه اسماً جديداً هو العلاج الإشراطي، إلا أن مصطلح العلاج السلوكي ظلَّ مستعملاً.

ومن الخطأ الاعتقاد أن العلاج المعرفي ليس بالعلاج السلوكي الحقيقي، ذلك لأن تبديل التفكير يترتب عليه تبديل العاطفة والسلوك.

تاريخ العلاج السلوكي

تاريخ العلاج السلوكي هو تاريخ العلاج النفسي ذاته. وكانت طرق

العلاج في العصور الغابرة تقوم على الخرافة والسحر والشعوذة الإيحائية، ثم أخذ مؤخراً صورته الموضوعية عندما قام على الأسس العلمية.

ويعتبر أنطون مسمر أول معالج نفسي مهم (١٧٧٩)، وهو طبيب أسترالي أقام في باريس. وقد انطلق من نظريته العلاجية في إزالة المرض النفسي من خلال ما أسماه بإعادة المغناطيسية الحيوانية إلى توازنها؛ فالفرد لديه مغناطيسية حيوانية متوازنة فإذا اختلت هذه المغناطيسية أصيب بالمرض النفسي.

ولاقت نظريته القائمة على الإيحاء النفسي رواجاً، إلا أنها أثارت نقاشاً وجدلاً كبيراً في الأوساط العلمية السائدة، فأدى ذلك إلى تشكيل لجنة لتقييم صحة هذا الافتراض العلاجي، واتهمته في تقريرها بالشعوذة. ورغم عدم صحة افتراضاته المتعلقة بالمغناطيسية الحيوانية، إلا أن أساليب التطبيق كانت صحيحة، لأنها اعتمدت على تأثير الإيحاء العلاجي الذي ثبتت فاعليته اليوم.

كان لدى المعالج في القرن التاسع عشر مبرراته المتعلقة بفوائد الدعم، والنصح، والإقناع، والإيحاء اللانوعي في مداخلاته العلاجية، ثم جاء فرويد، وقدَّم مجموعة افتراضات منطقية ومتماسكة في تعليل المرض النفسي، عُرفت باسم النظرية العلاجية التحليلية. وكان طرحه لافتراضاته المعللة للاضطراب العصابي مُقنعاً، فجذب الكثيرين إلى مدرسته التي سادت خلال هذا القرن، رغم إنه لم يقدم تجريبياً ما يثبت صحة افتراضاته. ورغم قصور نظريته، ووجود ثغرات كبيرة فيها، إلا أنه نجح في إثارة حقيقتين: أولاهما أنه وضع مسألة العُصابات النفسية في المقدمة، وثانيهما أنه جرَّد موضوع الجنس من إطاره الاجتماعي الأخلاقي.

ولكن بما أن نظريته لم تخضع للتجربة والبرهان، فإن العلاج السلوكي بدأ يتفوق عليها، ويحلُّ محلها، نظراً لأنه قائم على التجريب والقياس والموضوعية في صحة افتراضاته، وذلك لانطلاقه من المخابر التجريبية على الحيوان إلى الإثبات التجريبي على الإنسان.

تطوُّر العلاج النفسي التجريبي

أخذت الدراسات التجريبية المنحى الذي رسمه كل من بافلوف وواطسون في الكشف عن خصائص العادات وطرائق اكتسابها وكيفية زوالها، وهذه الدراسات للسلوك قامت برمَّتها على قوانين التعلم.

وأدّى السير بهذا الاتجاه إلى معرفة السلوك اللاتكيُّفي الذي يمكن إزالته أيضاً بقوانين التعلم. فالعادة السلوكية المتعلمة يمكن إزالتها بالقوانين نفسها التي شكلتها. وقد أكد لنا ذلك العلامة رينر (١٩٢٠) في تجربته الشهيرة التي أجراها على الطفل ألبرت وعمره أحد عشر شهراً الذي اتسم طبعه باللامبالاة. فقد كان رينر يرمي قضيباً حديدياً على الأرض بعنف، فيحدث صوتاً عالياً مزعجاً بوجود هذا الطفل، وفي الوقت نفسه يُقرن هذا الصوت المزعج بلمس الطفل لجرذ أبيض اللون عدة مرات، فأحدث عند الطفل الخوف الإشراطي من الجرذ، وتعمَّم هذا الخوف عند الطفل ليشمل الفراء الأبيض. ولإزالة هذا العُصاب الإشراطي التخوُّفي طرح رينر طريقتين وهما: الإطفاء التجريبي، والطريقة الثانية معاكسة الإشراط باستجابة سارَّة تمثلت في إطعام الطفل عندما يتعرَّض للخوف من الفراء الأبيض. أي قام بإضعاف الاستجابة التخوفية، أو معاكستها، باستجابة معاكسة مضادة في الطبيعة وهي الطعام (لأن فيه لذة وسروراً).
وبعد ثلاث سنوات طبَّقت هذا الأسلوب العلاجي العالمة المعروفة ماري

كوفر جونس (١٩٢٤) على طفل يشكو من رُهاب القطط، حيث كانت تدفع القط من مسافة أقرب فأقرب نحو الطفل وهو يتناول الطعام حتى جعلته يلمسه ونجحت بهذا التدرج في إزالة الخوف.

وبناء على هذا أمكن الاستنتاج أن الملاحظات الجارية على مخاوف الطفل مع بعض المعطيات الخاصة بالتجارب على الحيوانات المخبرية التي أصيبت بعُصابات تجريبية أبرزت الاهتمام الكبير بالعلاقات المنتظمة في تبديل السلوك ضمن إطار قوانين التعلم وقوانين التجريب للمحتوى النفسي ـ المرضي.

ثم نادى بورنهام (١٩٢٤) باستخدام السلوك المعاكس لتبديل العادة اللاتكيّفية العُصابية، أي في علاج مَرضى العُصاب النفسي. وهذه التوصية أكَّدتها كتابات هرزبرك (١٩٤١) وتورهون (١٩٤٨) بصفتها وسيلة لمناهضة العادة اللاتكيفية العُصابية.

أما دونلاب (١٩٣٢) فأبرز أهمية إطفاء العادة تجريبياً من خلال الزيادة التدريجية في قوة الاستجابات المثارة، وتكرارها دون تعزيز، فغياب التعزيز يُضعف العادات. وأظهر الإمكانات التطبيقية لهذه الظاهرة من خلال ما أسماه بالممارسة السلبية Negative practice؛ وذلك بإزالة العادات الحركية غير المرغوبة عن طريق ممارستها عمداً وبشكل متكرر، مع إخضاعها إلى الوعي الإرادي.

وشدَّد غوثري (١٩٣٥) على إمكان تطبيق الطرق المعاكسة للإشراط تطبيقاً عاماً، على غرار ما طرحته العلامة جونس؛ أي إطفاء الإشراط باستجابات معاكسة مضادة، كما شاهدنا ذلك في علاج جونس للطفل المصاب بالرهاب، حيث كانت الاستجابة المنافسة المعاكسة للرهاب هي الطعام (السار).

وانتهى غوثري إلى القول: «إن أبسط قاعدة لإزالة العادة تكون بمحاولة العثور على المنبهات Cues التي تثير الاستجابة غير الملائمة المراد إطفاءها، ومن ثم ممارسة استجابة أخرى معاكسة ردّاً على تلك المنبهات».

إن الدلالة القاطعة الباتّة التي لا نقاش فيها حول قوة مناهضة الاستجابة نجدها في علاج العُصاب التجريبي. ومن المعلوم أن هذه العُصابات التجريبية التي تم خلقها صنعياً بفعل قوانين التعلم في المخابر الحيوانية، هي عادات استجابات قلق مستمرة. ومن المعلوم أيضاً أن تجارب بافلوف هي الرائدة في هذا المضمار (١٩٤١). فقد وضع بافلوف كلباً على طاولة ضمن غرفة صغيرة (قفص) وثبّته بوساطة حزام لمنعه من الحركة، ثم عرّض الكلب إلى منبه مؤذٍ أثار عنده قلقاً شديداً، وعرّضهُ أحياناً إلى حافز أثار لديه صراعاً حاداً قوياً. وتمّ إشراط القلق (قرنه) بأصوات ومشاهد الموقف التجريبي.

ومن خلال تكرار الإثارة المقلقة حدثت عند الكلب درجة قلق عالية إشراطية في الغرفة التجريبية، ومنبهات ملامسة، وقد اتسم قلقه بالاستمرارية والشدة، ولم تكن شدة هذا القلق تتضاءل لا في أثناء وجوده داخل القفص التجريبي، ولا أثناء إخراجه من هذا القفص لمدة طويلة. وهكذا نرى أن السلوك الهادىء الذي تنعم به الكلاب في أقفاصها، يُعاكس بهذه الإثارة القوية المحدثة للقلق.

ومما لا شك فيه أن هناك نوعاً من القلق يظهر في الأوساط البيئية التي تتضمن منبهات تماثل تلك التي نجدها في بيئة القفص التجريبي. وقد أظهر لنا تلميذ بافلوف وهو هورمسلي (١٩٤١) من خلال سلسلة تجاربه

كيف أن حيوانات التجربة (الكلاب) التي لم تُعالج من العُصاب التجريبي، **تبقى طوال حياتها تعاني من هذا العُصاب الذي أصابها.**

ومن خلال التجارب التي أجراها العلامة الطبيب المعروف جوزيف ولبي Wolpe (عام ١٩٤٨ م) أثبت إمكان السيطرة على العُصاب التجريبي وإزالته بوساطة استخدام الاستجابة المناهضة للقلق التي استخدمتها الباحثة جونس في علاجها لمخاوف الأطفال العُصابية التي ذكرناها. أي بتعبير آخر **استخدام الطعام كاستجابة معاكسة للقلق** على مستوى الإثارات المقلقة الضعيفة نسبياً. وهذه التجارب التي أجراها ولبي قادت إلى ابتداع أسلوبه العلاجي **المعروف بالتثبيط المَعاكس** Reciprocal inhibition في علاج المخاوف المرضية عند الإنسان Phobias. ولمّا كان الطعام لا يصلح كاستجابة معاكسة للقلق إلا عند الأطفال الصغار والحيوانات، كانت **الاستجابة الاسترخائية** هي البديلة عن الطعام في علاج عُصابات القلق عند الكبار الراشدين.

إن العادات اللاتكيُّفية هي التي تخلق المتلازمات السيكاترية «الطبية ـ النفسية»، وهذه المتلازمات يمكن تقسيمها بخطوطها العريضة إلى نوعين:

أ ـ المتلازمات العضوية المنشأ (أي الاضطرابات ذات الأصل البيوكميائي أو الآفات العضوية).

ب ـ المتلازمات التي تُردُّ إلى التعلم؛ أي الاضطرابات المُتعلمة المكتسبة. فالعلاج السلوكي، بل وجميع ضروب العلاج النفسي تتناول المتلازمات (أي الاضطرابات) **المتعلَّمة المكتسبة**. وهذه المتلازمات النفسية التي **خلقها المتعلم** تقع ضمن خمسة تصانيف وهي:

(١) ـ العُصابات النفسية[1] Psychoneuroses

تُعد العُصابات النفسية في المدرسة العلاجية السلوكية عادات لاتكُيّفية مُتعلَّمة، تمَّ اكتسابها وتعلمها في مواقف مولِّدة للقلق. واستجابات القلق المتعلَّمة تظلُّ مستمرة، وتُعد العنصر المركزي للعُصاب النفسي. وهذه العصابات بمظاهرها النفسية والبدنية ليس فيها أي سبب عضوي خاص. وكل فرد معرَّض لاكتساب بعض العادات العُصابية، ويلعب الاستعداد التركيبي دوراً في اكتساب عادات القلق المتعلمة، أو العُصاب النفسي.

(٢) ـ العادات اللاتكيُّفية المُتعلَّمة الأخرى

تنضوي تحت هذا التصنيف العادات اللاتكيُّفية التي لا تتضمن عنصر القلق الذي يميز العُصاب النفسي عن غيره. ومثالنا على العادات اللاتكيُّفية ثورات الغضب، قضم الأظافر، السلس البولي الليلي، البخل الشديد هَوس تل الشعر Trichotillomania، وبطء الحركة المزمن.

(٣) ـ الشخصية السيكوباتية (أو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع DSM - IV)

وينطبق هذا التشخيص على الأشخاص الذين تعودوا على القيام بأعمال سلوكية مضادة للمجتمع، فلا يترتب عن أي فعل يقومون به الشعور بالإثم والقلق. لذا فإن أي عقوبة تفرض بحقهم بسبب أي فعل

(١) حذف كتاب DSM-IV (الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأميركية) من تصنيفه للأمراض النفسية مصطلح العُصاب النفسي، نظراً لعدم وجود اتفاق بين العلماء في تعريف العُصاب، وقد آثرنا هنا استخدام هذا المصطلح لشيوع استعماله.

مشين أو إجرامي ارتكبوه لا يترتب عليها أي ردع أو إصلاح أو تصويب للسلوك المضاد للمجتمع. ورغم أن العامل الإرثي البيولوجي له دوره في هذا الانحراف السلوكي والاستعداد التركيبي المسبق في هذا الاضطراب (إسكين ١٩٥٧)، فإن الأنماط الخاصة بهذا السلوك هي مُتعلمة، وتتأثر بالتبديل والإزالة وفق قوانين التعلم. ولكن ولسوء الحظ لا يوجد لدينا، في هذا الميدان، إلا القليل جداً من الأبحاث التي تناولت الإمكانات العلاجية.

(٤) ـ الإدمان على المخدرات

يلجأ الفرد إلى الإدمان على المخدرات، ويكرر هذا السلوك من أجل تخفيف الألم أو الكرب النفسي الذي يعانيه، أو بفعل تعرُّضه للشدّات النفسية أو القلق أو لأسباب أخرى. وإذا داوم على تعاطي الدواء المخدر حتى بعد زوال العامل المسبب كالتوتر مثلاً، حينئذ نقول إنه أصبح مدمناً.

يتسم الإدمان بنزوع شديد Craving نحو المادة التي تعوَّد المدمن على تعاطيها. وكما هو معلوم فهي حالة جبرية تدفع المدمن إلى البحث عن المادة المخدرة لإضعاف هذا النزوع الملحاح وتخفيفه. وبالطبع هناك حالة بيولوجية وراء هذا النزوع نحو المخدر (في بعض المخدرات)، بحيث تجعل عادات تناول المواد المخدرة مختلفة عن التصانيف الأخرى للعادات التكيُّفية. وأظهرت الأبحاث أن هذا الفرق بين العادات اللاتكيُّفية وعادات تناول المخدر مورفين يرتبط بتأثيرات هذه المواد على المستقبلات العصبية الخاصة بالمسكنات البيوكيميائية الطبيعية الموجودة في الجسم والتي تسمى (بالأندورفينات). وبما أن النزوع التوقي إلى المخدر هو استجابة لحالة بيولوجية، فإنه من الممكن ـ على مستوى

العضوية ـ تجريب المواد الصيدلانية ذات التأثير المكره (التنبيه التكريهي) بهدف تثبيط هذا الولع نحو المخدر. وقد قام كل من ولبي وفيشر (١٩٨٠) بتجريب بعض المواد الصيدلانية لمعرفة مدى تطبيق التعلم التكريهي في علاج تعاطي المخدرات، فوصلا إلى نتائج إيجابية (وهذا ما سنتكلم عنه في فصل لاحق).

والمهم في معطيات تلك التجارب أن **المدمنين على المخدر لا يظهرون عادة ميلاً قوياً للتخلص من إدمانهم، لذلك فإن نزوعهم إلى الشفاء يكون ضعيفاً.**

ولا شك أنه عندما ينعدم وجود برنامج مضمون النتائج لعلاج الإدمان على المخدرات فإن حلَّ مشكلة المدمن تبقى مستعصية.

مظاهر العُصاب النفسي

يُعرَّف العُصاب النفسي وفقاً لمدرسة العلاج النفسي السلوكي بالتالي:

«العُصاب النفسي هو عادة لاتكيُّفية تمَّ اكتسابها من خلال التعلم في موقف مولِّد للقلق (أو تتالي وتعاقب مثل هذا الموقف) بحيث يكون القلق هو العنصر الجوهري والأساسي في هذا الاكتساب.

والمخاوف التي يشكو منها مرضى القلق غالباً ما تكون غير منطقية ولا موضوعية، ونتائج انزعاجاتهم من هذه المخاوف هي التي تدفعهم إلى التماس العلاج عادة.

ونجد أن أكثر المخاوف العُصابية شيوعاً هي المخاوف الاجتماعية Social Phobias (أي الخوف من النقد أو الرفض أوعدم القبول). ويعتبر الخوف من التكلم أمام الناس هو الأكثر شيوعاً في المخاوف العُصابية.

ولعل الخطوة الأولى الممكن إزالتها في هذه المخاوف هي الخوف من تحمل المسؤولية.

وهناك مخاوف أقل شيوعاً من تلك التي ذكرناها، وهي كثيرة يصعب حصرها، كالخوف من المرتفعات، والظلام، والخوف من الأماكن المكتظة، والمشافي والساحات العامة، والحقن، والكلاب، والعناكب الخ... يضاف إلى ذلك القلق المعمم (أو القلق العائم الحر) ويختلف عن المخاوف المرضية التي ذكرناها بأنه غامض غير محدد. فالمريض في هذه الحالة يعاني من خوف مبهم غامض لأيام أو شهور. وأحياناً يكون هذا الخوف مشروطاً (أي يرتبط بإشراط) بالمكان أو الموقف، وبالإحساسات الجسديَّة.

ثم إن للقلق تأثيرات ثانوية غالباً ما تكون نبع تعاسة الفرد أكثر من القلق ذاته، كالخجل المرضي، واحمرار الوجه، والتأتأة (اضطراب الكلام).

فالخجل المرضي يعيق المبادأة الاجتماعية، ويحرم المريض من تطوير علاقاته الاجتماعية، واكتساب الخبرات بفعل ميله إلى الانعزال. ثم هناك القلق من عدم الكفاية الجنسية عند المرأة والرجل، ويتراوح ما بين الدفق المبكر وضعف الانتصاب عند الذكور، والبرود الجنسي وفقدان الرعشة الجنسية عند المرأة؛ وهو أمر يدمر العلاقات والحياة الزوجية.

ويعتبر القلق أيضاً من مسببات العادات المضادة للمجتمع؛ كالنزوع الجبري نحو إشعال الحرائق، والتعرِّي (إظهار العورة عند المرأة والرجل) والفتيشية[١] Fetishism، والعُصاب الوسواسي ـ الجبري، والاكتئاب

---

(١) أي الإثارة الجنسية عند الرجل في اقتناء أو مشاهدة الألبسة الداخلية للمرأة.

العُصابي. ويمكننا تلخيص عقابيل ونتائج القلق العُصابي باللوحة التالية:

اللوحة رقم (١)

نتائج القلق العصابي	
التعرض الفيزيولوجي	**النتائج السريرية الشائعة**
١ ـ على مستوى الجملة العصبية الذاتية:	• الشعور بالقلق، الجزع الخوف الخ...
أ ـ فرط تنبيه الجملة العصبية الودِّية	• الشعور بالاكتئاب • الشعور بالتهديد بفقدان السيطرة على الذات أو بالخوف
ب ـ فرط التهوية الرئوية	• الدوار • نوبات الإغماء أو الغشي • الصداع • المذل أو الخدر الحسي • تسرُّع القلب
جـ ـ اضطرابات الجملة العصبية الذاتية في جهاز بدني واحد	• الأمراض النفسية ـ البدنية أي: ـ التهاب الجلد العصبي ـ الربو القصبي ـ التهاب الأنف الوعائي الحركي

- قرحة المعدة ومتلازمة تقرُّح المعدة
- متلازمة تهيج الأمعاء
- فرط التبوُّل
- عسر الطمث
- ارتفاع الضغط الدموي
- الشقيقة أو الصداع الوعائي

٢ ـ على المستوى الحركي

أ ـ التوتُّر العضلي المهيمن المعمم أو الموضعي

الاضطراب الحركي أي:
- الرجفة
- اضطراب الكلام
- ألم الظهر
- عسر حركة المقلة

ب ـ إشراط التجنب الحركي

- تجنب المنبهات المثيرة للقلق

جـ ـ التثبيط الوظيفي المعقَّد

- عمل وظيفي (مهني) مُعوق
- تفاعل اجتماعي مُعوق
- وظيفة جنسية معوقة

د ـ سلوك حركي معقَّد بالمشاركة مع القلق أو السلوك المرتبط بإضعاف القلق

- السلوك الجبري أو القهري
- عصابات الطبع أي:
  - الاتصال الجنسي غير الشرعي (الزنا)
  - الانحرافات الجنسية أي:
  - اللواط
  - الاتصال الجنسي بالأولاد

هـ ـ على المستوى الفكري (المعرفي)

ـ التركيز الفكري على استجابات القلق

◉ الإظهارية (إظهار العورة)

◉ التلصص الجنسي أي اختلاس النظر خفية للحصول على المسرة نتيجة رؤية فعل جنسي (Peeper)

ـ ما تحت النساوة (نتيجة عدم تسجيل الحوادث الخارجية في الذاكرة)

ـ تأذي التعلم والأداء



الفصل الثاني

المنبهات، الاستجابات، التعلُّم وطبيعة التفكير

١ ـ المنبهات والاستجابات

إن جميع أنماط السلوك بما في ذلك أكثرها تعقيداً، تتضمن تتالي المنبه ـ الاستجابة وهو ما أسماه بافلوف «نشاط الجملة العصبية المركزية». فالاستجابة Response هي نشاط عصبي خاص أو نتيجة لحدث، أما المنبه Stimulus فهو السابق للاستجابة ومحدثها. ثم إن المنبه الحسي هو المصدر الخارجي المنشىء للطاقة الذي يُنتج التنشيط للعصب الحسي الناقل للإحساسات من المحيط إلى المركزAfferent nerve. وكل جزء من تعاقب الاستجابات يمكن النظر إليه باعتباره منبهاً للاستجابات التالية. فالحركة يمكن اعتبارها استجابة للسيالات العصبية التي أدت إلى الحركة، واعتبارها أيضاً المنبه الحسي الذي أثار هذه السيالات العصبية.

إن المنبه الخارجي Extroceptive سواء أكان ومضة ضياء بسيطة أم منظر امرأة جميلة، يثير استجابات معقدة حركية وإدراكية ونباتية (نسبة إلى الجملة العصبية النباتية أو الإعاشية). فالاستجابة الحركية لا تُحدث فقط منبهات ناشئة عن العضلات ذاتها، ولكن أيضاً تبدلات في علاقات الفرد بالمحيط والعالم الذي حوله. فتبدُّل وضعية جسم الإنسان يترتب عنه تبدُّل

حقل الرؤيا عنده. والاستجابات الخاصة بالجملة العصبية الإعاشية تحدث بدورها منبهات تؤثر على السلوك مثل صوت ضربات القلب المسموعة، أو تعرُّق راحة الكفِّ.

ورغم هذا التعقيد نجد دوماً درجة ما من قابلية التبدُّل. فهناك قابلية عامة للتكرار في سلوك العضوية إزاء موقف تنبيهي معين، ضمن حدٍّ من الشروط الفيزيولوجية. فالثبات التجريبي للعلاقة الكائنة بين المنبه والاستجابة هو الذي نسميه «**العادة**». وعموماً فإن عاداتنا تتماشى مع ما يفيدنا، ولكن هناك بعض العادات التي تسيء إلينا وتلحق الضرر بنا، لذا سرعان ما نبذل جهوداً لتبديلها.

٢ ـ القواعد الأساسية للتعلُّم ومحو التعلُّم (عدم التعلم)

أ ـ التعلم سابق للتفكير، والتفكير يقوم على الإدراك الذي هو نتاج التعلم.

أما التعزيز فهو عملية يتمُّ من خلالها اكتساب استجابات جديدة وتقوية عادات موجودة. وقد طالعنا بافلوف في تجاربه النموذجية كيف أن «تقوية» ارتباط منبه استجابة تعمد على «**الإثابة**» مثل الطعام عند الأطفال الصغار والحيوانات (بافلوف ١٩٢٧). ثم إن مقدار الإثابة Reward **وتوقيتها** بالنسبة إلى تتالي منبه ـ استجابة هما حاسمان في تحديد مدى تشكُّل الارتباط الوظيفي، سواء أتم هذا الارتباط أم لم يتم. فاحتمال ظهور الاستجابة نتيجة المنبه إما أن يتزايد أو يتناقص، وهذا ما تمَّ إظهاره بكثرة بخصوص العادات الحركية، وبعض العادات الأخرى المرتبطة بالجملة العصبية المركزية. (بافلوف ١٩٢٧، سكينر ١٩٥٣، ميللر ١٩٦٨).

ويمكن إشراط الكلمات، والصور الذهنية، والأفكار بالإثابات الخارجية (بافلوف ١٩٥٥، رازان ١٩٧١). فالمعززات الخارجية كثيرة نعدُّ منها الطعام، وإعطاء المال، والمديح والإطراء.

وفي هذا المجال نجد أمثلة تدلُّ على أن التعلُّم يحدث في غياب أي مصدر تعزيز خارجي. فقد نعثر على فرد لا يحتاج إلى تعزيز خارجي للتعلم من القاموس، لأن لديه تعزيزاً داخلي المنشأ وهو الميل والحماس، وهذا التعزيز يكون في حالة فعل وعمل.

إن تتابعات المنبه ـ الاستجابة تتوقف على الارتباطات الوظيفية التي تمَّ تشكلها بين النورونات العصبية. فوراء كل عادة ارتسامات وظيفية عصبية تمَّ تشكلها.

ثم إن التعزيز الخارجي يؤثر على الحوادث الجارية في الوصلات العصبية Synapes. إذ بيَّن هال Hull (١٩٤٣) وجود صورة عامة لجميع المعززات الخارجية لأنها تنقص حالات «الدافع» «Drive» أو الحفز للإثارة العصبونية في الجملة العصبية المركزية والناجمة عن التنبيه الداخلي لحاجات الجسم؛ مثل الحرمان من الطعام والماء، أو الناجمة عن التنبيه الخارجي القوي مثل التنبيه المؤذي Noxious. فالإثارة العصبونية المركزية التي تتجاوز مستوى معيناً من القوة يترتب عليها حدوث نشاط حركي واضح، أما تناقص هذه الإثارة (والتي من علائمها تناقص النشاط الحركي) فينجم عن تضاؤل التنبيه المحرِّض للحاجة أو إزالة التنبيه الخارجي.

ومن خلال إدراك أن التعزيز الخارجي هو مصدر تضاؤل الدافع في كثير من مسائل التعلم وليس جميعها، علينا أن نعرف فيما إذا كانت هناك

أنماط أخرى لتناقص الدافع في حالة نشاط وعمل، وذلك عند حدوث عملية التعلم، وفي غياب التعزيز الخارجي كما هو الحال في التعلُّم من القاموس. ونحن نعلم أن تضاؤل الدافع يكون بفعل إشباع الحاجات. ثم إن قوة التعلُّم المعرفية تتزايد تزايداً طبيعياً إذا ما صاحبتها إثارات، وتناقص بالإدراك النوعي. مثالنا على ذلك هو أن تعزيزاً كبيراً للتعلم المعرفي يحدث عندما يتمكَّن الإدراك من إضعاف قوة الفضول ويشبعها (برلاين ١٩٦٠).

وهكذا نجد أن تضاؤل الدافع على المستوى السلوكي متلازم مع التعزيز، ولكن في الوقت نفسه يكون ذاك الدافع معززاً. وعلى هذا فعندما تتشكل العادات المعرفية يمكن تقديم التعزيز، إما بالإثارات المنبهة للتفكير أو بإضعاف هذه الإثارات أو في الاثنين معاً. ونحن نفترض أن أحدهما يقود إلى توقُّف النشاط النوعي في عصبونات الدافع حسب نظرية أولد Old (١٩٧٥).

ب ـ عدم التعلّم Unlearning (أو محو التعلُّم).

دُرست مسألة محو التعلم في سياق الأسلوب المسمى «الإطفاء التجريبي» Experimental Extinction. ففي هذه الظاهرة نجد أنه عندما يتم إثارة الاستجابة المتعلمة مراراً وتكراراً بدون إثابة فإنها تضعف وتزول. ويحدث هذا في عملية إضعاف العادة المشكلة إضعافاً متقدماً تحت تأثير المنبه الذي يثير استجابة هذه العادة. ومثالنا على ذلك السلوك الذي يظهر في أعقاب قرع الجرس والمقرون بتقديم الطعام المعزز لهذا السلوك. فهذا السلوك (لعاب الكلب) يضعف تدريجياً في الظهور، إذا ما توقفنا عن قرن صوت الجرس بالطعام (تجارب بافلوف)، وأيضاً سلوك التجنب الذي يضعف إذا لم يُقرن ويعزَّز بالحادثة (المنبه) المسببة للإيذاء،

التي نتج عنها السلوك التجنبي.

إن الأداء في الاستجابة الحركية يترتب عنه نتائج، وهذه النتائج هي إضعاف العادة الفاعلة عندما يزول التعزيز.

وهناك ما يبرهن على وجود عمليتين منفصلتين في حادثة محو التعلم أو الإطفاء التجريبي. العملية الأولى هي حدوث التعب المصاحب لآلية التثبيط الارتكاسية التي افترضها هال Hull (١٩٤٣)، ومثالنا على ذلك إطفاء العرّات العصبية بوساطة الممارسة السلبية القائمة على تكرار إحداث العرّات إرادياً مما يسبب التعب. والعملية الثانية تتمثل في خلق استجابة منافسة مُزاحمة للاستجابة المراد إضعافها. إن الآليتين المذكورتين سابقاً يمكن تطبيقهما لإطفاء الاستجابات الحركية غير المعززة، والتي لها مكانة في الدراسات الخاصة بالإشراط الإجرائي Operant Conditioning.

من ناحية أخرى نجد أن الإطفاء الذي يظهر في النسيان اللفظي ليس نتيجة إثارات غير معززة للاستجابة اللفظية، ولكن يحدث هذا النسيان بفعل إثارة استجابات لفظية أخرى، تدخلت فناهضت الاستجابة السابقة، وهذا ما نسميه التثبيط المعاكس Reciprocal inhibition (أوزكور ١٩٤٨)، وهذا هو الأساس لتأثيرات الإطفاء (أو المحو) القائمة على خلق استجابة معاكسة أو إثارتها لإزالة إشراط القلق (كما سنرى ذلك).

فإزالة السلوك غير المرغوب في العلاج السلوكي غالباً ما تتحقق بدون الإثارة غير المعززة لذلك السلوك غير المرغوب. ويضرب لنا جوزيف ولبي Wolpe مثالاً عن حادثة عالجها تتمثل في امرأة اعتادت أن تسرق لمدة ١٨ عاماً أشياء تحتاجها ومضطرة أن تدفع قيمتها. وقد عالجها بتخليصها من هذه العادة الحركية (عادة السرقة) بوساطة إزالة استجابة

القلق، مستخدماً تقنية إزالة التحسس المنهجي.

أما بالنسبة إلى إزالة الاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية اللاتكيُّفية ذات الإشراط الكلاسيكي، فسنرى أن هناك وسائل أخرى من التثبيط لتلك الاستجابات تكون القاعدة في إزالة هذا الإشراط. **فتثبيط الاستجابة هو شرط ضروري لإضعاف العادة** مثلما تعتبر الإثارة شرطاً أساسياً لخلق الإشراط في العادة.

٣ ـ البنية المعرفية (الفكرية) في سلوك الإنسان

إن إدراكنا الأشياء والمواقف في العالم الذي يحيط بنا هو الذي يحدد أفعالنا وسلوكياتنا. **فالكيفية التي نردُّ بها على المواقف تختلف وفقاً للكيفية التي ندرك بها هذه المواقف**. فالتفكير إذن أو البنية المعرفية هي المحددة للسلوك والانفعال. ومع ذلك فالتفكير يخضع إلى القوانين الميكانيكية نفسها الموجودة في السلوكيات، لذا فلا حاجة إلى وضع قانون لعالم النشاط مستقل عن العضوية التي تحكمها الآلية، وعلى هذا فلا فرق بين المعرفة والسلوك. فالحوادث المعرفية هي أيضاً سلوكية. فالعلاج المعرفي هو أيضاً علاج سلوك، ولا حاجة للتفريق بينهما كما نجد اليوم بين ما يسمونه «المعالجين المعرفيين» و «المعالجين السلوكيين». ولا ينبغي أن ننسى أن الإدراك هو أساس الأفكار والمعارف عند الإنسان. فالإدراك ليس مجرد رؤية وإبصار فقط بل معرفة وفكر.

الفصل الثالث

العُصابات النفسية وأسبابها

١ ـ تعريف القلق ومعناه

سبق وعرَّفنا العُصاب النفسي بأنه **عادة متعلَّمة** لاتكيفية مستمرة، بؤرتها **عنصر القلق**. وتعبير القلق مرادف «للخوف».

ويعرِّف جوزيف ولبي القلق: «النموذج المميز لعضوية الفرد في استجاباته الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية ردّاً على منبه مؤذٍ» (ولبي ١٩٥٨). والقلق «كيان» متبدل يرتبط ارتباطاً ضعيفاً بالحوادث السالبة، وهو مؤلف من **عناصر معرفية، وحركية، وعصبية إعاشية**. وهذا التعريف يسمح بجعل الاستجابات التي تأتي رداً على منبهات مؤذية، مختلفة من شخص إلى آخر، إلا أن هذا التعريف يؤكد على فردية استجابة الفرد أو الشخص المعين.

٢ ـ كيف يتمُّ تعلم الخوف؟

يبين تعريفنا للخوف بأنه **استجابة لا إشراطية** Unconditioned response إلا أن الفرد عادة لا يعي كثيراً أن الاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية تنجم عن منبه، أو إثارة مؤذية، ذلك لأن خبرة الألم المتزامنة تطغىٰ على الشدة الحسية.

وهناك منبهات أخرى لا إشراطية تثير القلق مثل فقدان الدعم المفاجىء (واطسن ١٩٧٠) والصراع (فونبرغ ١٩٥٦). ثم إن الأطفال يخافون من الوجوه غير المألوفة عند بداية تمييزهم لهذه الوجوه عن أمهاتهم.

كما أن المنبهات الحيادية التي تترك تأثيرها على الفرد عندما يخاف، تصبح إشراطية في إثارة خوفه؛ فمثلاً إذا أصبح صوت الأم ذا لهجة ولحن معين أثناء اقترانه بصفعها لابنها لأنه أقدم على فعل غير مرغوب فيه، فإن الخوف المثار بفعل الصفعة يقترن بصوت الأم، ويصبح هذا الأخير إشراطياً يثير خوفه بمجرد سماعه. وهذا الإشراط يحدث بفعل أي تنبيه قريب أو مجاور مثل الأصوات، والأشياء، والكلمات، والأفكار، وأي شيء يُشاهد ويُسمع، ويُستشعر به، ويُدرك من قبل الشخص. وبفعل الإشراط من الصنف الثاني أو المتعدد **ينتشر الخوف وينتقل من منبه إشراطي إلى آخر.**

ثم إن المنبهات Stimuli ليست على درجة متساوية متعادلة في الإشراط التخوّفي. فقد بيّن لنا سيلغمان (١٩٧١)، أن بعض المنبهات مثل الظلام والأشياء ذات الفراء تكون جاهزة للارتباط باستجابات الخوف، وافترض أن سبب هذا الارتباط نشوئي نوعي (أي له علاقة بتطور تاريخ نشوء البشرية) استعدادي. وهنا نشير إلى أن المنبهات ذات الاستعداد تكون أكثر صعوبة نسبياً في الإطفاء من المنبهات التي ليس لها طابع استعدادي.

وعلى المستوى الإكلينيكي هناك ما يدعم افتراض أن الأماكن المغلقة، والحيوانات والحشرات، والظلام تعدُّ منبهات جاهزة الارتباط

باستجابات الخوف، أكثر من البيوت، والورود، والغيوم. إلا أن التفسير النشوئي لا يخلو من النقد ويصعب الأخذ به كمسلمات. وهناك تفسير يرى أن الزهور والبيوت خلال مسيرة حياة البشر العادية تكون مرتبطة بالفرح والمتعة والأمان، لذلك فهي تمنع القلق ولا ترتبط به، وهذه المجانسة لا نجدها في معظم مصادر القلق الأخرى. فمفهوم الاستعداد للخوف يتركنا في مشكلة تحديد الأساس الإرثي أو الاكتسابي لهذا الاستعداد.

ثم إن معظم المخاوف اكتسابية، إلا ما ارتبط منها بالاستجابات العصبية على مستوى المنعكسات؛ كخوف الرضيع أو الطفل الصغير من الأصوات الحادة، أو الهبوط المفاجىء من مستوى معين.

ومع نمو اللغة عند الطفل فإن التحذيرات، والإنذارات، والتهديدات الكلامية تصبح بمثابة منبهات إشراطية كلاسيكية جديدة تبرز في مساحة التعلُّم المعرفي. وما إن **تتكرر الاستجابات الإشراطية للخوف عند الطفل حتى نجد أن دوائر قاعدة المخاوف تمتد وتتسع** لتكون على مستوى الإشراط الكلاسيكي من الدرجة الثانية.

ثم إن المخاوف تكون معرفية وكلاسيكية. فالمعرفية هي المكتسبة من قبل المحيط كخوفنا من الأفاعي أو عيادة طب الإسنان، أما المخاوف الكلاسيكية فهي التي نختبرها ونتعرض لها ميدانياً؛ كالخوف من ركوب الحافلة بعد حادثة اصطدام، وخوف العسكري من القتال بسبب تعرضه لأهوال الحرب.

٣ ـ أسباب المخاوف المرضية أو العُصابية

هناك كثير من الجدال حول إسباب الخوف العُصابي، منها

الافتراض القائل أن هذا الخوف يختلف عن الخوف السوي. والواقع أنه لا فرق بين الخوف السوي والخوف العُصابي، ذلك أن المخاوف السوية تظهر استناداً لمبادىء الإشراط الكلاسيكي، وهي اكتسابية معلوماتية معرفية، والشيء نفسه نجده في المخاوف العُصابية. والذي يميز المخاوف المرضية عن السوية **هو طبيعة الموقف المنبه الذي يحدث فيه الإشراط**. فإذا كان الموقف (أو المنبه) مصدر خطر كان الخوف سوياً تكيفياً، وإذا لم يكن كذلك كان عُصابياً.

أ ـ المخاوف العُصابية ذات الإشراط الكلاسيكي.

تصدر هذه المخاوف عن حادثة وحيدة مفردة (تعلم في تجربة واحدة) ومثالنا على ذلك: **عُصاب القتال**. فالعسكري الذي شهد مذبحة مخيفة دارت حوله، يُصاب بقلق إشراطي بفعل المنبهات المخيفة التي أحاطت به. وإذا صدف أن ظهر موقفٌ سببي مثل صوت مدفع رشاش أو شيء يماثله في الصوت، فإن هذا المنبه يحدث عنده استجابة قلق بفعل الإشراط.

وينطبق الأمر نفسه بالنسبة إلى التعرُّض لقصف الطائرات الشديد، إذ مجرد ما يرى العسكري أي طائرة حتى لو كانت مسالمة، يُصاب بالرعب الشديد.

فالقلق هنا ارتكاسي آلي إشراطي. والأمثلة على الإشراط التخوفي كثيرة لا تحصى.

ب ـ المخاوف العُصابية التي تعود إلى أسباب معرفية.

إن كثيراً من مخاوفنا العادية غير المرضية، والمرتبطة بتهديدات حقيقية واقعية، تستند على أرضية فكرية (معرفية)، ويتمُّ اكتسابها من قبل

المحيط، مثالنا على ذلك الخوف من عيادة الأسنان، ورغم أننا لم نتعرض إلى آلام حفر الأسنان، نجد أن بعضنا يخاف من العيادة السنية، نتيجة ما يسمعه من المحيط عن الألم الشديد من حفر الأسنان. فالخوف هنا معرفي، ويصل إلى حدِّ الخوف العصابي (الخوف الإيجابي الاكتسابي).

كما أن المعلومات المغلوطة تسبب المخاوف أيضاً، مثالنا على ذلك الشاب الذي يعتقد أن الاستمناء (العادة السرية) يؤذي الصحة النفسية والبدنية. وهناك الخوف الذي يعود سببه إلى الاستنتاج الخاطىء وليس المعلومات الخاطئة، مثالنا على ذلك الشخص الذي يحسُّ بمشاعر غير عادية يستدل منها على أن شخصيته مصابة بالفصام. وهناك الكثير من المخاوف الوهمية من هذا القبيل.

٤ ـ توزّع المخاوف ذات الإشراط الكلاسيكي والمعرفي

من الدراسات المسحية التي أجراها الدكتور جوزيف ولبي وفقاً للحالات التي عالجها، اتضح له أن المخاوف الإشراطية الكلاسيكية أكثر من المخاوف العُصابية المعرفية.

أ ـ **عوامل الاستعداد المسبق** Predisposing factors.

أوضحت الدراسات أنه عندما يتعرض عدد من الأفراد إلى المنبهات نفسها المولدة للمخاوف والقلق، فإن بعض هؤلاء الأفراد يظهرون استجابات خوف عُصابية وليس جميعهم. وهذا يعني وجود فروق فردية في الاستعداد للإصابة بعُصاب الخوف.

وأوسع دراسة مسحية في هذا المجال أجراها العلامة سيموند (١٩٤٣)، وقد تناولت ٢٠٠٠ حالة عُصاب حرب في سلاح الجو الملكي البريطاني خلال الحرب العالمية الثانية. واكتشف في هذه الدراسة حالة

توتر نفسي عند هؤلاء بنسبة ٩٩٪ منهم. واكتشف أيضاً وجود علاقة تبادلية بين مستوى التعرُّض للتوتر النفسي المسرِّع لظهور العُصاب النفسي، ودرجة الاستعداد الذي يأخذ صورة الحساسية الانفعالية السابقة الوجود. فالفرد الذي يكون على درجة عالية من التحسس الانفعالي هو أكثر عُرضة للإصابة بالقلق الشديد في ظروف معينة، من فرد آخر من الطبع البلغمي (بارد). ثم إن الإشراط السابق التخوفي يزيد الحساسية نحو مواقف أخرى باعثة على التوتر والخوف. فالفرد الذي يعاني من قلق إشراطي هو أكثر تحسساً من غيره ممن لا يحمل هذا القلق إزاء مواقف مثيرة للقلق.

كذلك فإن المواقف التي تحيط بها عوامل الدعم الاجتماعي تكون أقل إثارة للقلق من مواقف محرومة من هذا الدعم. فالأطفال الذين يتعرضون إلى غارات القصف الجوي بصحبة ذويهم يشعرون بقلق أقل مما لوكانوا محرومين من هذا الدعم.

وهناك مخاوف صادرة عن نقص المعلومات تكون أكثر شدة من المخاوف التي سببتها المنبهات الأصلية. فالفرد الذي يتعرض لموقف مثير للخوف يصاب باضطرابات مصدرها الجملة العصبية الإعاشية (الحس بالدوار، والغشي، وتسرع ضربات القلب) وهذه الاضطرابات الإعاشية المصدر تحدث عنده منبهات تخوفية كارثية أكثر شدة من الخوف الأصلي (نوبة الجزع) بسبب المعلومات المغلوطة في تفسيره لهذه الاضطرابات البدنية (الخوف من الموت المفاجىء أو الجنون وفقدان السيطرة على الذات).

ثم إن للعوامل الفيزيولوجية دورها عند بعض الأفراد في إكسابهم الاستعداد المسبق للإشراط العُصابي، فالتعب، والخماجات (الالتهابات

البكتيرياتية أو الفيروسية)، وبعض الأدوية هي أمثلة على ذلك.

لقد رأينا أن العُصاب عادة مكتسبة متعلَّمة عند حيوان التجربة والإنسان، وأن قوانين التعلُّم هي المحدثة للعُصاب والشافية منه. وإذا كانت العُصابات التجريبية قابلة للتعلم فلا بد أن تتوافر فيها الصفات المشتركة التالية التي تشترك مع السلوكيات الأخرى المتعلمة:

أ ـ يجب أن يكون السلوك العُصابي متماثلاً تماماً مع السلوك المُثار في الموقف المحرِّض على ظهور ذلك السلوك.

ب ـ يجب أن تكون الاستجابات العُصابية تحت سيطرة المنبهات الموجودة في الموقف المحرِّض على ظهور تلك الاستجابات؛ أي بتعبير أخر يجب أن تظهر الاستجابات عندما تقع على العضوية المنبهات ذاتها أو ما يماثلها.

جـ ـ يجب أن تكون الاستجابات العُصابية في ذروة شدتها وقوتها، عندما تكون العضوية متعرضة لمنبهات تماثل تلك التي كان فيها السلوك متعرضاً للإشراط الأصلي. وتتضاءل تلك الاستجابات العُصابية في الشدة وذلك طبقاً لمبدأ تعميم المنبه الأول أو الأصلي.

والصفتان المذكورتان أعلاه نجدهما في جميع العُصابات التجريبية. أما الصفات الثلاث جميعها فقد وجدها العلامة ولبي في العُصابات التجريبية التي خلقها عند القطط عندما عرَّضها للصدمات الكهربائية (ولبي ١٩٥٨). فقد أثارت الصدمات الكهربائية عند الحيوانات أنواعاً مختلفة من الاستجابات الحركية، العصبية الإعاشية: توسُّع بؤبؤ العين، انتصاب الشعر، والتنفس السريع.

وهذه السمات الثلاث للسلوك العُصابي التي ذكرناها نجدها في العُصابات التي تصيب الإنسان، فاستجابة القلق التي نراها في عُصابات

الحرب هي مثالنا على ذلك. كما أن جميع المخاوف ذات الإشراط الكلاسيكي فيها تعميم للمنبه الأولي تقريباً؛ إذ نرى على سبيل المثال أن خوفنا من المرتفعات يتزايد باطراد مع تزايد الارتفاع. كما أن رُهاب الأماكن المغلقة يتبدل في علاقة معكوسة بالنسبة إلى الحيز المتوافر، وبعلاقة مباشرة مع اتساع المكان المحصور وامتداده، فيزداد الخوف كلما ضاق المكان.

ثم إن التشابه بين عُصابات الإنسان والحيوان يكمن في مقاومتها لإطفاء سلوك الخوف سواء أتعرض الحيوان والإنسان إلى المواقف المثيرة للقلق أم لم يتعرضا. فالقطة العُصابية تُظهر درجة من القلق غير المتضائل في قفص التجربة لمدة ساعات وربما لأيام، ولو أبعدناها عن ذلك القفص عدة شهور أو أسابيع. والفرد الذي يخاف ركوب الطائرة لا تتحسن حالته ويزول خوفه سواء ابتعد عن ركوب الطائرة ابتعاداً تاماً أم لم يفعل.

إن الفرق الرئيسي بين العُصاب التجريبي والعُصاب السريري الإكلينيكي هو أن الأول يُثار فيه الخوف الأصلي بمنبه غير إشراطي؛ مثل الصدمات الكهربائية، أما في حالة العُصاب السريري فيكون المنبه إشراطياً مثل الخوف الشديد من الخطر. فالعُصابات السريرية تصدر عن إشراط من الدرجة الثانية. فهل يُنتجُ التوتر النفسي تبدلات وتغيرات دائمة في الخلايا العصبية؟.

رأينا أن العُصابات التجريبية والإكلينيكية هي إلى حدّ كبير ظواهر سلوكية مُتعلَّمة، والشدّات والقلق في هذه العُصابات تُحدث تبدلات في وظائف أجهزة البدن (اضطرابات هضمية ودورانية وتنفّسية الخ...). وهناك افتراض ذو دلالات قوية فحواه أن الاضطراب في الخلية البدنية الذي تحدثه الجملة العصبية الإعاشية بفعل تنبيهات القلق المستمرة

والمزمنة يؤدي إلى خلل في الوظيفة الخلوية، ويترتب على هذا الخلل حدوث مرض أو آفة عضوية (من الاضطراب النفسي إلى الآفة العضوية). ومن هنا نفهم آلية الأمراض السيكوسوماتية مثل الربو، والصداع التوتري، والاضطرابات الهضمية التقرحية وما يشبه ذلك. ويرى جنزبرغ (١٩٨١) أن عبء الحمل على الخلايا العصبية ينتج نوعاً من الأمراض الفيزيولوجية.



الفصل الرابع

آليات إزالة عُصاب الإشراط الكلاسيكي

١ ـ مقاومة السلوك العُصابي لعملية الإطفاء

رأينا أن السلوك العُصابي عند حيوانات التجربة، وحتى عند الإنسان يتَّصف بسمة الاستمرارية إلى أن يتمَّ إطفاؤه بالعلاج. والسلوك العُصابي اللاتكيُّفي تحت جميع الظروف لا يزول **إلا بفعل إثارته بالتعرُّض للمنبهات التي أحدثته، ومعاكسة هذه المنبهات باستجابات مناهضة ومُضادة في الطبيعة.**

وهنا علينا دوماً أن نبحث عن المنبه المثير للاستجابة الإشراطية اللاتكيفية بغية إضعاف أو إطفاء هذه الاستجابة، ودون **العثور على المنبه المثير لتلك الاستجابة لا يمكن إطفاء هذه الأخيرة**، وهذا ما نراه لاحقاً في عملية تحليل السلوك خلال المقابلة الإكلنيكية والاطلاع على القصة المرضية.

إلا أن ما يلفت النظر أن عمليات الإطفاء كانت رديئة الفعالية في التاريخ العادي للاستجابات العُصابية.

ولاحظ ولبي في تجاربه على الحيوانات في خلق العُصابات الكلاسيكية الإشراطية التجريبية أن مقاومة هذه العُصابات للإطفاء تنحصر

تقريباً في الاستجابات الصادرة عن **الجملة العصبية الإعاشية**. أما فيما يخصُّ الاستجابات الحركية مثل لجوء الحيوان إلى خربشة جوانب القفص، فإن عملية إطفاء النشاط الحركي تغدو سهلة.

ونحن بحاجة إلى معرفة نوع الظروف التي تناهض فيها الاستجابات الأخرى القلق مناهضة ناجحة، وهذا ما يدفعنا إلى معرفة لماذا تفشل المناهضة الفعّالة العادية في السيطرة على الاستجابات العُصابية، فمثل هذا التساؤل يجعلنا نعاين الظروف التي تكون فيها مناهضة القلق مضمونة النجاح تقريباً، ونقصد بذلك علاج العُصابات التجريبية.

٢ ـ علاج العُصابات التجريبية

يمكن إضعاف استجابة القلق عند حيوانات التجربة بوساطة خلق استجابات مضعفة معاكسة (وعادة تكون هذه الاستجابة المنافسة المضعفة: الطعام).

وقد تمكَّن ولبي من إزالة العُصاب التجريبي عند القطط، كما سبق وذكرنا، باستخدام الطعام كاستجابة معاكسة لهذا العُصاب. إذ جوَّع قطةً لمدة ٢٤ ساعة، وأخذ فيما بعد يقدم لها الطعام بترتيب تنازلي في غرفة التجربة المثيرة للقلق حتى أصبح القلق المعمم في غرفة التجربة منخفضاً إلى مستوى لا يمنع الحيوان من أكل الطعام تماماً، على غرار علاج العُصاب عند الطفل المرهوب الذي عالجته ماري جونس.

ولاحظ ولبي أن الطعام الذي كان يقدم للقطط باليد وهي في غرفة التجربة أضحى مقترناً بالطعام، ومثيراً إشراطياً في استجابة الاقتراب نحو الطعام. وعلى هذا تمَّ وضع القطط المصابة بالعُصاب في قفص التجربة وأُدني الطعام من فمها، وكان ذلك الطعام موضوعاً على صفيحة لها قبضة

ممسوكة باليد. وكانت القطط تتردد في بادىء الأمر في تناول الطعام، وأحياناً تحجم عن ذلك، وبعد تقديم الطعام لها عدة مرات أكلت من الصفيحة، وفيما بعد أخذت تلتهم الطعام الموجود على أرضية قفص التجربة بسرعة. وبتزايد عدد القطع التي كانت تأكلها داخل القفص أصبحت كل قطة تأكل بحرية أكثر، وتتحرك داخل القفص طليقة بلا قيد، معبرة عن تضاؤل القلق. وهكذا أمكن إطفاء جميع المنبهات الإشراطية داخل القفص عند القطط فتحررت من العُصاب.

لماذا يستمر القلق العُصابي؟

إن هذا يعني مقاومة القلق ضدَّ الإطفاء. فالتجارب التي ذكرناها بيَّنت لنا أنه عندما يكون **القلق ضعيفاً** لدرجة تسمح للحيوان أن يأكل بوجود منبه مثير القلق، حينئذ يصبح **القلق ضعيفاً** تدريجياً. وبالعكس إذا كان القلق **شديداً لدرجة تثبيط الحيوان عن الطعام**، فلا فائدة من تبديل سلوكه القلق **تحت ظروف معينة، بحيث يصبح القلق منتشراً نحو منبهات جديدة**. وبتعبير آخر إن القلق العُصابي الشديد من شأنه تثبيط إثارة أي استجابة مناهضة للقلق ومعاكسة له. **إن هذه النتيجة ذات تطبيقات مهمة في أسلوب إطفاء العصابات عند الإنسان. فالقلق الضعيف الشدة يمكن تثبيطه باستجابات معاكسة ذات قوة منخفضة نسبياً**.

ففي تجربة أجراها بركون (١٩٧٥) كانت الجرذان القلقة قلقاً خفيفاً في مجاز ضيق، **تتخلص من قلقها** بعد ركضها ركضاً متكرراً في المجاز نفسه (الاستجابة الحركية هنا مناهضته للقلق) وحتى من دون تعزيز بالطعام. **فمعظم الاستجابات الانفعالية الإشراطية المناهضة للقلق الخفيف الشدة**، والمثار مخبرياً، قابلة للإطفاء (بلاك ١٩٥٨). وبالطريقة نفسها نجد أن العصابات عند الإنسان التي تكون ضعيفة الشدة نسبياً

(وغالباً ما نجدها تتلاشى عند الأطفال)، من تلقاء ذاتها: والسبب في ذلك أن إثارات الخوف الضعيفة تمَّ تثبيطها بالاستجابات الانفعالية في الحياة اليومية.

التثبيط المعاكس كآلية لإزالة القلق

عرفنا وفق تجارب ولبي أن الإثارات القوية للقلق تكون مصحوبة بالكفِّ عن الطعام عند القطط، وأن الحيوان يستعيد قابليته للطعام عندما يكون القلق ضعيفاً نسبياً، كما أن تكرار الأكل يتمخض عنه تناقص مظاهر القلق. فالعلاقة التثبيطية المعاكسة بين الاستجابتين نراها هنا واضحة. من هذا يتضح أن التثبيطات الفردية للقلق في كل واحدة منها، يتأتى منها إجراء فيه تثبيط دائم، أي التثبيط الإشراطي.

وقد أدى نجاح عملية تثبيط القلق عند الحيوان بوساطة الطعام إلى التفتيش عن وسيلة تبدو متماثلة عند الكائنات الإنسانية. فالطعام بدا وسيلة فعّالة عند الأطفال الصغار في تثبيط القلق كما بينت ذلك ماري جونس في علاجها للأطفال المرهوبين، إلا أن هذه الوسيلة لا تبدو مناسبة عند الكبار. ثم هناك الاستجابات الانفعالية التي تحدث في الحياة اليومية (كالغضب مثلاً)، والتي تُعطينا التفسير العقلاني لحالات كثيرة تمَّ الشفاء بها من المخاوف اللاتكيُّفية خاصة عند الأطفال (ماكفرلاند وهونزك ١٩٥٤).

ويطلعنا شيرنيغتون (١٩٠٦)، وهو أول برهان على ذلك، كيف أن إثارة منعكس لمجموعة عضلية يرافقه تثبيط لمجموعة عضلية معاكسة للأولى. ومنذ ذلك الاكتشاف تبيَّن أن التعصيب المعاكس Reciprocal innervation هو نشاط قائم في جميع مستويات الوظيفة العصبية.

وفي الميدان العلاجي نجد أن مجال التثبيط المعاكس لا يقتصر فقط على عادات استجابات القلق، ولكن على العادات المعرفية اللاتكيفية أيضاً. وقد وصف لنا «لوريت» (١٨٤٦) في علاجه للبائع الذي عانى من عُصاب وسواسي شلَّه عن العمل، كيف أنه طلب إليه أن يقرأ ويحفظ منظومات شعرية كل يوم لقاء مكافأة تتضمن وجبات فاخرة من الطعام في المستشفى. وبعد علاج من هذا القبيل دام ثلاثة أسابيع، انحسرت الأفكار الوسواسية بنسبة ٩٠٪ (التثبيط المعاكس للوساوس المعرفية بحفظ الأشعار والانشغال بها). كما أن الأساس في التثبيط الإشراطي للعادات الوسواسية الجبرية هو العلاج التكريهي المنفِّر Aversive Therapy (سنرى ذلك فيما بعد). فإعطاء صدمة كهربائية مؤلمة فارادية (نسبة إلى الفاراد وهو وحدة السعة الكهربائية) من شأنه تثبيط السلوك غير المرغوب فيه.

ثم إن عملية استبدال عادة حركية غير مرغوب فيها بأخرى هي عملية أكثر فعالية، لأن إثارة الاستجابة الحركية الجديدة تثبط العادة الأولى القديمة، مثالنا على ذلك سلوك تأكيد الذات والتعبير عن المشاعر السلبية.

وقد اتضح من خلال التجارب على الحيوانات أن الحيوان الذي يُعرَّض إلى صدمة كهربائية مستمرة، ويوقف توجيه الصدمة إليه عندما يقفز في الهواء، فإن هذه الاستجابة الحركية تُضعف عند الحيوان الاستجابة التخوُّفية من المنبه الذي يتعرَّض له.

ولهذه التجربة تطبيقات علاجية إكلينيكية عند الإنسان. إذ نطلب من المريض أن يتخيل الموقف الذي يخيفه أو يقلقه (إثارة قلقية خفيفة) ثم

نوجه إلى ساعده (اليد) صدمة فرادية كهربائية خفيفة، ولا نوقف الصدمة الكهربائية إلا عندما يثني ساعده بقوة. ففي علاج ناجح لحالة رُهاب ساح شديد القوة كانت هناك حاجة إلى ثني الساعد بمعدل ٢٠ صدمة كهربائية (٢٠ مرة ثني الساعد) من أجل إضعاف استجابة قلق هذا الرهاب، حتى تصل شدة الاضطراب إلى الرقم صفر (زوال الخوف تخيلياً) على سلم مواقف شدّات الخوف الهرمية المتدرجة. وبصورة مماثلة يمكن إضعاف قلق الخوف العائم Free Floating anxiety.

إن الآلية المفسرة لهذا التبدل في استجابة القلق من خلال توجيه الصدمات الخارجية هي **التثبيط الإشراطي القائم على التثبيط الخارجي**، وإذا صح هذا الافتراض فإن المنبهات الصادرة عن الوسائل العلاجية الأخرى يجب أن تكون قابلة للاستعمال بهذه الطريقة، من أجل تحقيق الأغراض العلاجية. فالقيمة الخاصة للإثارة الكهربائية تكمن في **سهولة استخدامها وفي السيطرة على مدتها وقوتها**.

التثبيط الإشراطي القائم على التثبيط ما وراء الحدِّي

إذا ما تعرض حيوانٌ ما إلى منبه إشراطي بشدات متزايدة، نجد أن شدة الاستجابة تتزايد إلى الحدِّ الذي تصل فيه إلى الخط المقارب، أي تبقى هذه الشدة في مستوى الذروة، بصرف النظر عن مقدار قوة المنبه. وعندما تصل الاستجابة إلى ذروتها العظمى في القوة **تصبح إثارتها عكسية، فتأخذ بالتضاؤل والضعف في الشدة رويداً رويداً عندما تتزايد شدة المنبه**. وقد سمى بافلوف (١٩٢٧) هذا النوع من التثبيط للاستجابة بالتثبيط ما وراء الحدِّي Transmarginal. وبتعبير آخر: **عندما يتمُّ** تجاوز عتبة التثبيط ما وراء الحدّي فإن **قوة الاستجابة تتضاءل تضاؤلاً شديداً عندما تستمر الزيادة في قوة المنبه**.

إن لهذه الظاهرة تطبيقات علاجية إكلينيكية مهمة في تقنية نسميها الإغراق Flooding؛ أي في تعريض المريض وبدون تدرج إلى الموقف المثير للقلق الشديد، ولمدة طويلة نسبياً، فنرى **حالات تضاؤل في القلق**، وهذا ما سنشرحه في فصل لاحق.

ونشير هنا إلى ناحية مهمة هي أن **تناقص القلق** يمكن أن ينتج بفعل تعريض المريض تعريضاً مديداً إلى المنبه المثير للقلق القوي نسبياً، وهذا ما نجده في عملية الإغراق Flooding. إلا أن **إضعاف** استجابات القلق لا يكون دوماً نتيجة التعرض للمنبه **الإشراطي وحده**، وهذا لا يحدث أبداً في عُصابات المخبر، وكذلك لا يحدث غالباً في العُصابات البشرية،. إذ لا بد من **وجود عامل آخر** في إضعاف المنبه المثير للقلق؛ **وهو التعوُّد** كما فسَّر ذلك لادر (١٩٦٨). فالتعوُّد بنظر لادر هو إضعاف الاستجابة الناجمة عن منبه، وذلك عندما يتمُّ التعريض للمنبه تعريضاً متكرراً.

إلا أن إيفانس يرى نقيض ما يراه لادر (١٩٧٣). ففي التعود تختفي الاستجابة تارة وتنعدم، ثم تعود إلى الظهور ثانية بعد راحة أو بفعل تبدُّل المنبه (سوكولون ١٩٦٣). ولعل الموقف يتضح أكثر إذا قبلنا بالافتراض القائل أن تناقص القلق يكون بفعل التثبيط المعاكس وليس بحكم التعوُّد.

وهناك ماركس الطبيب النفساني الشهير (١٩٨١) الذي يرى أن التعرض للمنبه المثير للقلق هو أساس العلاج، لأنه يقود إلى تعوُّد المريض عليه، ولكن بطريقة لم يفسرها ماركس.

وبالطبع نحن لا ننكر أنه لا بدَّ لنا، لإزالة الإشراط الكلاسيكي، من تعريض المريض إلى المنبه المسبب للاستجابة الإشراطية، ولكن التعريض وحده، أو بالأحرى جميع أنواع التعريض ليس علاجياً، ذلك أن

التعريض يسبب في بعض الأحيان زيادة القلق بدلاً من إضعافه.

أما باندورا (١٩٧٧) فيرى أن إزالة العُصاب القلقي لا تكون بفضل إضعاف القلق بصورة مباشرة (أي التثبيط المعاكس)، ولكن بفعل توسط الفعالية الذاتية **Self - efficacy**.

إن هذا الافتراض صحيح بالنسبة إلى المخاوف المنخفضة القوة؛ مثل الخوف من الكلام أمام الناس. إلا أن باندورا يعمم نظريته على جميع المخاوف الكلاسيكية، وهذا ما لا يمكن قبوله لأنه يلغي جميع المعطيات التجريبية والسريرية لأسباب المخاوف وأصولها. إذ كيف بإمكان الفعالية الذاتية أن تكون لها علاقة بالخوف الذي يثيره رباط مبلل بالدم، أو الخوف من طائر ميت في إناء زجاجي، أو خوف مريض من تسرع قلبه؟ فالتعامل مع هذه المخاوف لا ينسجم مع الواقع، ولا يرتبط بنظرية باندورا.

اضطراب الجزع Panic disorder

إن جميع الأبحاث التي تناولت اضطرابات الجزع (نوبات الجزع) تفترض أن أسبابها تعود إلى **عامل واحد**. وعلى صعيد الواقع، إن لنوبات الجزع تصنيفين: الأول النوبات البدنية، والثاني النوبات الراجعة الناكسة Recurrent التي تتضمن بذاتها اضطراب الجزع. فالنوبات الأولية أو البدئية **ذات أساس** بيولوجي أو نفسي، أما معظم النوبات الجزعية الراجعة **الناكسة فهي إشراطية كلاسيكية**. وهناك بعض الاستثناءات يكون فيها سبب معظم النوبات الناكسة تكرار الحوادث البيولوجية التي سببت نوبات الجزع الأولى (كداء منيير كما سنرى فيما بعد).

ويُعرَّف الجزع كما جاء في كتاب DS M - IV بالتالي:

«يتَّصف اضطراب الجزع بكونه اضطراباً راجعاً، وتحدث نوباته في

أوقات غير متوقعة، ويصعب التنبؤ بأوقات حدوثها. وتتضمن نوبة الجزع عادة الشعور بقرب حدوث شر مستطير شديد، وخوفاً وانزعاجاً مفاجئاً بدون سبب ظاهر محدد».

ونوبات الجزع تختلف عن ارتكاسات القلق المحددة التي تثيرها منبهات معينة؛ كالخوف من الظلام أو الحيوانات الخ... كما أنها تختلف عن القلق المعمم Generalized anxiety. فالأولى اشتدادية Paroxysmal، بينما يكون القلق المعمم حاضراً مستمراً لأشهر أو سنين، متذبذباً في الشدة.

وهناك تفسير للجزع بأنه من نتاج فرط الأدرينالين المرتبط بشكل ما باضطراب مرضي في استقلاب اللاكتات Lactate (اللبنات ـ مشتقة من اللبن ـ)، والذي يؤثر بدوره على الجملة العصبية المركزية (شيهان ١٩٨٢). وطبقاً لذلك يستند علاج نوبات الجزع على الأدوية المضادة للاكتئاب الثلاثية الحلقة، أو بمثبطات أحادي أمين الأكسيداز MAOI، ولكن هذا الافتراض غير مدعم بالبراهين، رغم أن العلاج النفساني لاضطراب الجزع ما زال يعتمد على تلك الأدوية. فالدواء المختار في علاج هذا الاضطراب هو الأميبرامين أو كلوميبرامين. والمشكلة في العلاج الدوائي من هذا الصنف أن المريض تعاوده نوبات الجزع عندما يتوقف عن تعاطي الأميبرامين بنسبة ٨٦٪ خلال ثلاثة شهور عن التوقف عن تعاطيه (شيهان ١٩٨٢). والتفسير بسيط لهذه الظاهرة؛ فدواء الأميبرامين أو غيره له صفة تخفيف الأعراض، وهو على غرار الأسبرين يخفض الحرارة ولكنه لا يسيطر على أسباب ارتفاع الحرارة.

وهناك عوامل تعجّل في ظهور هجمة الجزع الأولى، وهي عوامل عضوية ونفسية:

١ ـ **الأسباب العضوية:**

أ ـ ونحصرها بالتالي: الأمفيتامينات، الحشيش ومشتقاته، الكوكائين، والمستحضر LSD (المهلوس). هذه المواد كلها تولِّد القلق، وتعجِّل أحياناً في ظهور نوبة الجزع (هوفمان ١٩٦٣). ثم إن القلق الذي يتصاعد ليصل إلى مستوى الجزع يظهر في أعقاب التخلُّص المفاجىء من بعض الأدوية والعقاقير، مثل الكحول، ومضادات الاكتئاب والبربيتوريات، والبنزوديازيبينات. وعلينا ألا نغفل أيضاً بعض الملوثات الصناعية المحدثة لنوبات الجزع.

ب ـ الاضطرابات الطبية: انخفاض سكر الدم، فرط نشاط الدرق، ورم الكظر الذي يحدث فرط تصنيع الكاتيكولانيات (الأدرينالين)، صرع الفص الصدغي، تدلي صمام القلب التاجي (أحياناً)، ولا يوجد هناك برهان قاطع بالنسبة إلى العلَّة الأخيرة. إن هذا يفرض علينا أن ننفي **العامل العضوي في نوبات الجزع** قبل التفكير بأي علاج سيكولوجي للجزع.

جـ ـ الأمراض العضوية: مثل متلازمة منيير Meniere (وهو اضطراب يأخذ صورة نوبات دوار دهليزية المنشأ ـ في الأذن الوسطى ـ) وتسرُّع القلب الاشتدادي Paroxysmal tackycardia وهما الاضطرابان الشائعان اللذان يحدثان نوبات الجزع ذات المنشأ العضوي.

وهذه الأمراض المحدثة لنوبات الجزع الإشراطية فيما بعد، يمكن السيطرة عليها من خلال تصحيح تفسيرات المريض لها، وطمأنته بأنها ليست خطرة.

فالمريض المصاب بداء منيير إذا ما تعرض لنوبة الدوار وهو يسير

في الشارع فإن المنبهات المجاورة القريبة تصبح إشراطية، مثيرة للقلق، وتصبح في المستقبل الأساس لرهاب الساح، فيخاف من الخروج إلى الساحات العامة، وقل الشيء نفسه عن تسرُّع القلب. فتسرع القلب الاشتدادي يتميز إكلينيكياً بسرعة معدل ضربات القلب لتصل أحياناً إلى ٢٥٠ ضربة في الدقيقة، إضافة إلى حدوث سلسلة مستمرة من الضربات القلبية الهاجرة Ectopic beats تدوم عدة ثوانٍ أو ساعات. فالمريض الذي يتعرَّض لهذه النوبة التسرعية القلبية ينتابه خوف شديد يصل إلى حد الجزع من أن يتوقف قلبه ويموت. والخوف يصاحبه أحياناً إشراطات بالمنبهات المجاورة تثير عنده فيما بعد استجابات الخوف. ولتوضيح ذلك أمثِّل بالحالة التالية التي هي من مشاهداتي الإكلينيكية [محمد حجار].

مريض يعمل محاسباً في إحدى المؤسسات الخاصة، بينما كان منخرطاً في عمله شعر بإحساس غريب في صدره، صاحبه تسرُّع في ضربات القلب. على الفور تواردت إلى ذهنه أفكار كارثية مفادها أن قلبه قد يتوقف، وسرعان ما تصاعد القلق ووصل إلى مستوى الجزع. وفي تلك اللحظة وقع نظره على أشعة الشمس، وهي تنفذ بلمعانها إلى داخل غرفته. ومنذ ذلك الوقت أضحى أسير القلق اللاتكيُّفي الصادر عن منابع مختلفة متعددة. فتارة يصيبه القلق من جراء اشتداد نوبة ضربات القلب المتسرعة، وتارة أخرى يُثار خوفه عند رؤيته لأشعة الشمس المقترنة سابقاً بتسرُّع قلبه، وجزعه الكبير من أن يموت (كان يتحاشى السير في الشوارع التي تنيرها أشعة الشمس).

وهذا يعني أن خوفه يندرج ضمن المخاوف المعرفية الناجمة عن تفسيره الخاطىء لتهديدات اضطرابات قلبه. لذا فإن علاج مثل هذه

الحالات الجزعية يكمن في تثقيف المريض وطمأنته بأن ضربات قلبه حميدة وليس فيها أي تهديد أو خطر على حياته. وينطلي الأمر نفسه على المريض بداء منيير، وكذلك جميع الاضطرابات العضوية المثيرة للجزع، والناجمة عن سوء تأويل المريض لنتائج هذه الاضطرابات.

٢ ـ الأسباب النفسية لنوبة الجزع الأولى.

يكون مصدر النوبة الأولى، في معظم حالات الجزع، ناتجاً عن حوادث نفسية بحتة. وتأتي النوبة نتيجة تعاظم القلق وارتفاع وتيرته وحدته وطول مدته، ويكون تركيب المريض ميالاً للقلق، مفرط الحساسية بفعل تعرُّضه للتوترات والشدات؛ مثل قيادة السيارة على طريق دولي ليلاً.

وتحدث نوبة الجزع عادة في أي موقف باعث على القلق والتوتر عند أمثال هؤلاء الأشخاص، أي **الذين لديهم مخزون كبير من القلق**، كالأفراد الذين يتعرَّضون إلى توترات مهنية وأسرية، وضواغط زوجية، وضائقات اقتصادية مقلقة، أو النكبات في الوفيات. واتضح أن ٨٤٪ من الأفراد الذين يعانون من رُهاب الساح ونوبات الجزع سبق لهم أن تعرضوا لصراعات زوجية حادة في السنة التي سبقت إصاباتهم بنوبات الجزع.

الدور السببي لفرط التهوية الرئوية

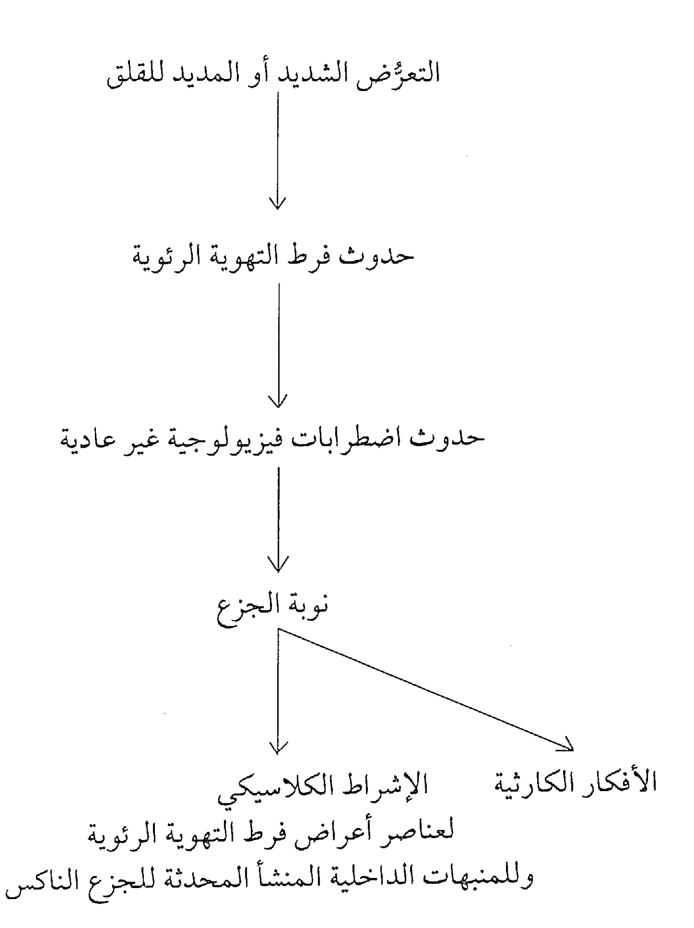
عندما يتصاعد القلق في موقف باعث على الخوف يحدث عند بعض الأفراد تزايد في سرعة التنفس، بفعل فرط التنبيه للحملة العصبية الودِّية، مما يؤدي إلى حدوث ما نسميه في الطب فرط التهوية الرئوية Hyperventilation. ويترتب عن هذه الحالة النشطة من فرط التهوية

الرئوية حدوث اضطرابات فيزيولوجية مرافقة تأخذ صورة الأعراض التالية: ضيق التنفس، الدوار، الشعور بالخدر الحسي في الأطراف، تسرُّع ضربات القلب، ورجفان. إن هذه الأعراض ذاتها تعدُّ منبهات جديدة فتصبح إشراطية بعد التعرض للنوبة الأولى، ويفسرها المريض على أساس **أعراض منذرة، مهددة لحياته**.

وتأتي نوبة الجزع في أعقاب بدء إحساس الشخص بالأعراض البدنية الآنفة الذكر (بارلو ١٩٨٦). وليس من الضروري أن يشعر المريض بجميع هذه الأعراض، فأحياناً يشعر بالدوار فقط، وباقتراب فقدان الوعي، أو بضيق التنفس والشعور بالاختناق، أو بتسرُّع القلب، أو بالخدر الحسي..

وبعد بدء هذه الأعراض والخوف منها، تأتي نوبة الجزع رداً على الخوف من الموت بتوقف القلب، أو بفقدان الوعي والجنون، ثم تليها **الأفكار الكارثية** المتمثلة بالتحدث مع الذات السلبية. فالأحاديث الذاتية الكارثية ليست هي التي تولِّد نوبة الجزع، ولكن الجزع بذاته هو الذي يولِّد الأفكار الكارثية التي ذكرناها. ويمكننا هنا أن نوضح نوبة الجزع بالشكل التالي:

آلية نوبة الجزع



علاج نوبة الجزع

لدينا ثلاث طرائق رئيسية لعلاج نوبة الجزع :

١ ـ **الطريقة الأولى**: تتمثل في منع تزايد القلق ليصل إلى أعراض فرط التهوية الرئوية التي تؤدي إلى حدوث الأعراض البدنية التي ذكرناها. ويكون ذلك بأن نعلِّم المريض **التنفس من أنفه وإغلاق فمه** عند بدء شعوره بالأعراض البدنية، وذلك في محاولة لإجهاض حدوث الأعراض البدنية المولِّدة لنوبة الجزع. وبهذه التقنية نكون قد اقتصرنا على إجهاض نوبة الجزع من غير أن نزيل القلق المولِّد لتصاعد الأعراض. فالمعالجة بهذه الطريقة تعتمد على **تفادي حدوث أعراض فرط التهوية وإجهاض نوبة الجزع**.

٢ ـ **الطريقة الثانية**: هي باستحداث نوبة فرط التهوية الرئوية (التعريض للمنبه المزعج المولِّد لنوبة الجزع) وذلك أن نطلب من المريض أن **يتنفس بسرعة ولمدة ٩٠ ثانية** حين شعوره بقرب حدوث فرط التهوية وبأعراض الاضطراب البدني، ويكون عليه أن يغلق فمه ويتنفس من أنفه. وبهذا التعريض، وبالسيطرة على تزايد فرط التهوية (الإحساسات التي تسبق نوبة الجزع) وإجهاض النوبة بإغلاق فمه والتنفس من أنفه، نكون قد علَّمنا المريض مهارات الإجهاض **وإضعاف تخوُّفه من الأعراض بفعل التعريض المتكرر لفرط التهوية الرئوية**.

٣ ـ **وتتم الطريقة الثالثة** بمعالجة القلق نفسه الذي يسبب نوبة الجزع. ونحن هنا أمام معالجة جذرية وليس معالجة الأعراض. ويحسن أن نذكر في هذا السياق استخدام مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين وجعل المريض يستنشق هذا المزيج وفق معايير دقيقة، لإحداث أعراض

التهوية الرئوية، وجعل المريض ينزعج كثيراً لفترة زمنية معينة ومن خلال التعريض لهذا المزيج المزعج المحدث لضيق التنفس، نضعف عنده الخوف من أعراض فرط التهوية الرئوية (إزالة الخوف بالتعريض لفرط تهوية صنعي).

ويمكن أيضاً اتباع هذه التقنية في علاج عُصاب القلق ذاته، بجعل المريض يتخيل إحساسات نوبة القلق، ثم نثبط هذه الإحساسات بمنبه مزعج قوي؛ وهو استنشاق هذا المزيج، مما يؤدي إلى إضعاف استجابة القلق.

هذا وإذا كانت نوبات الجزع الإشراطية ناجمة عن أسباب عضوية، كداء منيير أو اضطرابات قلبية اشتدادية، فلا بدَّ من علاج الدوار الذي يأتي نتيجة الإصابة بداء منيير بالأدوية. أما اضطرابات القلب النظمية فتعالج أيضاً بإزالة الأفكار الكارثية، وطمأنة المريض بعدم خطورة هذه الاضطرابات.

العلاج السلوكي للاضطرابات النفسية ـ البدنية (السيكوسوماتية)

من المعلوم أن الاضطرابات الانفعالية تُحدث نشاطاً مفرطاً في الجملة العصبية الإعاشية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث اختلال عصبي وظيفي في بعض أجهزة البدن، بحيث تكون أعراض الاختلال في بعض الأحيان شالَّة لنشاط الفرد، أو أنها تُحدث آفات عضوية عندما يكون الاضطراب الانفصالي مُزمناً.

من بين الاضطرابات العضوية النفسية المنشأ: الربو القصبي، والقرحة المعدية، وتهيج القولون، والشقيقة (الصداع الوعائي)، وارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، والتهاب الجلد العصبي Neurodermatitis.

ونحب هنا أن نوضح أن العامل النفسي لا يكون المسبب الأول في الاضطرابات العضوية التي ذكرناها، بل هو **عامل وسيطي مساعد**، ذلك لأن هناك عوامل أخرى تتضافر في خلق الآفة العضوية.

ويُعدُّ القلق أحد العوامل المسببة لهذه الأمراض. فعندما تكون الاستجابة الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية في عضو معين قوية، فإن فرط النشاط العصبي في ذلك العضو يؤدي إلى خلل وظيفي فيه لدرجة الإصابة بالمرض العضوي. فهناك مثلاً ردُّ الفعل المَعِدي Stomach reaction، ورد الفعل الأنفي، ورد الفعل النبضي القلبي، ورد الفعل بضغط الدم الخ...

وهناك ما يبرهن أنه عندما يتضاءل القلق يتضاءل معه رد الفعل العصبي، وبالتالي يضعف الارتكاس المرضي العضوي. ويكون هدف العلاج السلوكي هنا مساعدة المريض على التغلُّب على عادة القلق المسبب لهذه الاضطرابات العضوية.

أ ـ تقنيات العلاج السلوكي

يتضمن العلاج السلوكي الأخذ بالمعطيات الخاصة المثبتة بالتجربة، والمرتبطة بالعملية التعلمية، لعلاج العادات المتعلمة اللاتكيُّفية المستمرة.

وكما ذكرنا يتمُّ إضعاف القلق بخلق استجابة منافسة معاكسة مثبطة. وإذا كان الطعام هو الاستجابة المنافسة المضادة الملائمة عند الأطفال وحيوانات التجربة، فإن هناك العديد من الاستجابات المناهضة للقلق يمكن استخدامها عند الكبار مثل؛ **الاسترخاء والاستجابات الجنسية والبيشخصية**. فالاسترخاء العضلي المتصاعد Progressive relaxation

ينتج عنه هدوء ذاتي، الهدوء الذي يمكن تحقيقه بوساطة التدريب على توليد الأفكار الذاتية الخالقة للاسترخاء، والتنويم الذاتي الاسترخائي، والإيحاء والتأمل.

والتدريب على الاسترخاء هو الاستجابة المناهضة للقلق التي نستخدمها في العلاج المسمى بإزالة التحسس المنهجي Systematic Desensitization.

وفي هذه التقنية (التي سنشرح تكنيكها بالتفصيل فيما بعد) يتعيَّن على المعالج أن يتخيل المواقف المولدة لقلقه ومخاوفه (التعريض لها) وهو بحالة استرخاء (الاستجابة المناهضة للقلق). ومن خلال تناوب التعريض والاسترخاء المعاكس للقلق نجد في غالب الأحيان أن الاستجابة التخوفية قد تضاءلت مع هذا التكرار التعريضي لتصل الاستجابة إلى درجة الصفر (زوال الخوف).

ولنضرب مثلاً على ذلك للتوضيح: لعلاج المريض الذي يشكو من خوف اجتماعي، والذي يتصاعد قلقه عندما يتزايد عدد الأفراد الذين يجتمع بهم في الغرفة التي يجلس فيها، نطلب إليه أن يتخيل وجوده مع شخص واحد. وبعد عدة تعريضات تخيلية يتناوب فيها التعريض مع الاسترخاء نجد أن قلقه قد انخفض، ووصل إلى مستوى الصفر. بعدئذ نلجأ إلى زيادة عدد الأفراد الذين هم بصحبة المريض، ويتمُّ التعامل معهم تخيلياً كما ذكرنا، إلى أن يزول القلق من اجتماعه بالناس أو يضعف إلى حدٍّ كبير. وعملياً نجد أن إضعاف هذا القلق تخيلياً ينتقل إلى المواقف الحياتية فيتضاءل تحسس المريض من خوفه من الناس إلى حدٍّ كبير. بعد ذلك يجب تعريض المريض حياتياً ومباشرة للمواقف التي تزعجه (الاجتماع بالناس)، وهذا ما نسميه بالتعريض الحياتي Vivo exposure

لإطفاء الخوف الاجتماعي.

بالنسبة إلى الأفراد الذين تكون **قدراتهم التخيلية ضعيفة** فلا بد هنا من اللجوء إلى إزالة التحسس من **الخوف ميدانياً وبصورة متدرجة** مباشرة.

أما الأفراد الذين يبدون الخوف من التعبير عن آرائهم ومطالبهم خشية النقد وعدم القبول، فإن التقنية المناسبة لهم هي تأكيد الذات Self-assertiveness، أي تدريبهم بوظائف حياتية ينفذونها تعبيراً **عن آرائهم وتأكيداً لذواتهم**، فالقلق هنا يزول بهذه الاستجابة التأكيدية. وفي حالات رهاب الساح أو غيره هناك طريقة أخرى ترتبط بالتفسير الذي شرحناه سابقاً (الاستجابة القلقة التي تتجاوز العقبة الحدِّية) نسميها الإغراق Flooding. في هذه الطريقة نثير الاستجابة التخوفية إثارة عالية الشدة، بدون تدرُّج بالتعريض المباشر للعنصر المثير للخوف، ولفترة طويلة نسبياً، ودفعة واحدة ـ حوالي ساعة أو أكثر ـ حسب الجرعة التعريضية التي يتحملها المريض في سعيه إلى مواجهة هذا الموقف بأكثر ما يستطيعه من السيطرة على النفس والاسترخاء. وتبدو هذه الطريقة فعّالة أيضاً في علاج العُصاب الوسواسي ـ الجبري (الخوف من التلوُّث بالقذارة أو الجراثيم) حيث نطلب إلىٰ المريض لمس الأماكن التي يخاف منها، ونمنعه من غسل يديه.

وهكذا نرى أن هناك تقنيات متعددة في العلاج السلوكي الرامي إلى تثبيط الاستجابة القلقة باستجابة منافسة مزاحمة مضادة. وهذه التقنيات تتراوح بين الاستجابة الاسترخائية المماكسة للقلق، والاستجابات الحركية المنافسة للاستجابات الحركية اللاتكيُّفية (ثني الساعد بالتنبيه الكهربائي)، وتقنية تأكيد الذات، وتقنية الإغراق.

ويمكننا القول إن نجاح العلاج السلوكي في علاج العُصابات النفسية تتراوح نسبته بين ٨٠ ـ ٩٠٪ من هذه العُصابات. ونقصد بالنجاح **الشفاء أو التحسُّن الواضح دون انتكاس**. وهذه النسبة لا نجدها في أي مدرسة علاجية أخرى إطلاقاً. فنسبة نجاح العلاج التحليلي الديناميكي الفرويدي تتراوح بين ٣٥ ـ ٤٥٪ من الحالات العُصابية مع نسبة انتكاس كبيرة تصل إلى ٦٠٪ من الحالات المعالجة، بينما لا تتعدى الانتكاسات في العلاج السلوكي المنفذ بأيدٍ ماهرة خبيرة متمرِّسة نسبة ١٠ ـ ١٥٪ من الحالات عموماً (ولبي عام ١٩٦٤). وهكذا لا نجد أي نظام علاجي نفسي لاسلوكي تجاوز هذه النسبة (ولبي ١٩٦٤).

من ناحية أخرى، إن الاستجابات الناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية الخارجة عن سياق القلق هي أيضاً الأساس للمرض العضوي النفسي المنشأ، ولا سيما حالات الربو (ونقصد بهذه الإثارة العصبية وجود فرط تنبيه في الدماغ المتوسط بسبب آفة، الأمر الذي يزيد من اختلال وظيفة الجملة العصبية الإعاشية). وهنا تبرز أهمية علاج التغذية البيولوجية الراجعة (العلاج الفيزيولوجي ـ النفسي)، حيث أن فرط تنبيه الجملة الإعاشية قد يكون مصدره القلق، أو آفة عضوية، حينئذ لا بد من معرفة مصدر المرض العضوي النفسي؛ أهو نفسي أم سببه آفة عضوية؟. فقرحة المعدة مثلاً قد يكون سبب فرط الحموضة فيها عائداً إلى التوترات أو القلق المزمن، أو آفة في الدماغ المتوسط، تنشِّط الجملة العصبية الإعاشية وتخلُّ من توازنها. وهنا يتعين على المعالج أن ينفي العامل العضوي في الاضطراب أولاً، قبل الحكم على الحالة.

تحليل السلوك

يُقصد بتحليل السلوك معرفة المنبه للارتكاسات العُصابية، أي

بتعبير آخر الكشف عن المنبه الذي يثير الاستجابة العُصابية الإشراطية، ومثل هذا الكشف هو أساسي في جميع ضروب العلاج السلوكي. وعند معالجة الاضطراب النفسي ـ البدني (السيكوسوماتي) يتعيَّن على المعالج معرفة **العلاقة القائمة بين مجموعة الاستجابات السلوكية** النوعية والأعراض العضوية. وليعلم القارىء أن المريض الذي يشكو من **قلق عُصابي وربو قصبي فذلك لا يعني بالضرورة أن اضطرابه النفسي هو المسبب لمرض الربو.**

يبدأ تحليل السلوك بجمع شكاوى المريض وترتيبها من قِبَل المعالج. ويتعين على المعالج أن **يتقصى السيرة المرضية لكل شكوى على حدة، وتتبع مسارها وارتباطها بالظروف التي تحيط بالمريض.** فمن المهم في الاضطرابات السيكوسوماتية معرفة نوع **المواقف وارتباطها بشدة الشكوى السوماتية**، وأيضاً معرفة **ما إذا كان القلق سابقاً لهذه الشكوى، أو نتيجة لها**، أو الاثنين معاً. وإذا ثبت دور القلق في الشكوى السوماتية (العضوية)، فمن الضروري معرفة فيما إذا كان القلق يظهر بصورة آلية أوتوماتيكية رداً على منبهات، أم أنه يبرز نتيجة تصورات ومفاهيم خاطئة Misconceptions، وبالطبع فإن مثل هذه المعلومات تؤثر تأثيراً كبيراً على أسلوب العلاج وطريقته.

إن تحليل استجابات المنبه تتبعه عادة السيرة المرضية ـ الاجتماعية للمريض التي توضح التالي:

١ ـ الشكوى الحالية (أو الشكاوى)، تكرارها، مدتها، شدتها.
٢ ـ بدء الشكوى، وسببها، والعوامل التي أحاطت بظهورها وسيرها.
٣ ـ نشأة المريض والظروف الأسرية التي عاشها، والعلاقات القائمة بين الأبوين والأولاد، وبين الوالدين نفسيهما وما فيها من وئام أو تنافر.

٤ ـ التحصيل الدراسي ومدى تكيُّف المريض في بيئته المدرسية.
٥ ـ الأمراض العضوية التي أصيب بها، والرضوض الجسدية أو الحـوادث التي تعرض لها (البدنية).
٦ ـ الأمراض البدنية والعصبية والنفسية في العائلة؛ أصولها وفروعها عند الإخوة والأخوات، وأسرة الأب والأم.
٧ ـ المهن التي زاولها المريض، وأسباب تعددها (إن وجد هذا التعدد).
٨ ـ حياة المريض العاطفية، ونشاطه الجنسي، وعلاقاته الاجتماعية.
٩ ـ الهوايات والعادات (مثل التدخين وتعاطي المخدرات والأدوية).
١٠ ـ العلاجات السابقة التي تلقاها.
١١ ـ وصف المريض لذاته.
١٢ ـ نتائج الاختبارات الإكلينيكية التي خضع لها (اختبارات الشخصية ومستوى الذكاء).
١٣ ـ تحديد التشخيص، ودرجة شدة الاضطراب.
١٤ ـ الخط القاعدي في أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة.

هذه هي بنود المقابلة الإكلينيكية الأولى، والمعلومات التي لا بد أن يحصل عليها المعالج من المريض، ومن أسرته إذا اقتضى الأمر.

ونحصر علاجنا للأمراض السيكوسوماتية بالعلاج الطبي السلوكي بالأمراض التالية:

أ ـ الربو القصبي.
ب ـ ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.
جـ ـ الصداع الوعائي والتوتري.
د ـ الاضطرابات الجلدية.
هـ ـ الاضطرابات الهضمية.

(١) الربو القصبي ASTHMA

ينجم الربو القصبي عن مسببات متعددة ومتبادلة في التأثير. فهناك مسببات تحسسية (خارجية)، وخماجية - أي التهابية بكتريائية أو فيروسية - وإنفعالية، وميكانيكية. ويحسن تصنيف مرضى الربو إلى صنفين:

- الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي مسبق لهذا الاضطراب.
- الأفراد الذين لا يحملون الاستعداد الوراثي.

علماً بأن العوامل النفسية تلعب دوراً أكبر لدى أفراد الصنف الثاني.

العلاج النفسي السلوكي للربو القصبي

أجرت نورا مور (Norah Moore ١٩٦٥) أول دراسة علاجية سلوكية، استخدمت فيها ثلاثة أنواع من العلاج السلوكي، وقارنتها مع عينة ضابطة تجريبية. النوع الأول: التثبيط المعاكس أو إزالة التحسس وفق طريقة ولبي Wolpe. والنوع الثاني: العلاج الاسترخائي. والنوع الثالث: الاسترخاء مع الإيحاء. وكانت المقولات هي تبدل عدد النوبات الربوية اليومية، وذروة جريان الأعظمي للهواء المستنشق.

وخلال الأسابيع الأربعة الأولى من العلاج كان التحسن يشمل الفئات الثلاث التي عولجت بالأساليب الثلاثة التي ذكرناها، إلا أن الفئة التي عُولجت بالتثبيط المعاكس استمر تحسنها، بينما تراجع التحسن في الفئتين الأخريين. وبعد ثمانية أسابيع من بدء المعالجة كانت النتائج الأفضل في صالح فئة التثبيط المعاكس وكان التعامل هنا يتمُّ مع القلق لأنه العامل الفعّال في نوبات الربو.

إذن يتضح لنا أن التعامل مع الربو القصبي يبدأ أولاً في التأكد من أن القلق هو المسبب لنوبات الربو. وإذا كان الأمر كذلك، حينئذ يتعين إجراء التحليل السلوكي لمعرفة العوامل المسببة للقلق (أي المنبهات المثيرة لاستجابات الربو).

(٢) علاج فرط التوتر الشرياني الأساسي

حتى الآن لا نعرف تماماً العوامل المسببة لارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي، إلا أنه من الثابت عند كثير من المرضى أن العوامل الخارجية البيئية تلعب دوراً مهماً في حدوث الاستجابة الإشراطية القلبية ـ الدورانية (أي ارتفاع الضغط). لهذا فإن أمثال هؤلاء يحتاجون إلى العلاج السلوكي لإضعاف المؤثرات البيئية المساهمة في ارتفاع الضغط.

ويقوم علاج ارتفاع الضغط الأساسي على قاعدتين أساسيتين:

ـ تعلّم الاسترخاء لتثبيط نشاط الجملة العصبية الودية الفاعلة في رفع الضغط الشرياني.

ـ التعامل مع الموترات الخارجية السببية المساهمة في رفع الضغط بالتطعيم ضد التوتر (أي اكتساب المهارات السلوكية في إضعاف تأثيرات الموترات أو الاستجابة التوترية).

هناك تجارب أثبتت إمكانية تخفيض الضغط حتى الحدود السوية إما بنصف الجرعة الدوائية المضادة لضغط الدم، أو بدون دواء بواسطة ممارسة الاسترخاء لعدة شهور (أي استواء الضغط لعدة شهور)، إلا أنَّ الاسترخاء وحده لا يضمن تخفيض الضغط الدموي تخفيضاً دائماً، فلا بد من التعامل أيضاً مع المسببات البيئية الموترة، وتبديل سلوك المريض وأسلوب حياته في تعاملاته الحياتية.

ومن الخطأ الاعتقاد أن الاعتماد على الدواء فقط يكفي في علاج ارتفاع الضغط، **فلا بد من التدريب على تقنيات التحكم بالتوتر للسيطرة** على الضغط الدموي بأقل مقادير دوائية.

(٣) علاج الصداع

من المعروف أن التوتر الانفعالي يُحدث الصداع الوعائي، والصداع التوتري Tension headache. ويُعدُّ العلاج الطبي السلوكي علاجاً مثالياً في السيطرة على هذين النوعين من الألم.

أما التقنيات المستخدمة في علاج الصداع فهي:

- أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة (جهاز تخطيط العضل وجهاز رفع حرارة اليد Temp).
- الاسترخاء العضلي المتصاعد.
- تقنية إزالة التحسس المنهجي للسيطرة على الموترات الخارجية الفاعلة في الاستجابة الانفعالية المسببة للصداع التوتري والوعائي.
- تقنية تأكيد الذات عند الأفراد الذين يظهر لديهم الصداع بفعل اضطراباتهم البيشخصية (القلق والمخاوف الاجتماعية).

(٤) الاضطرابات الجلدية النفسية المنشأ

تُحدث الاضطرابات الانفعالية ارتكاسات جلدية مرضية تُسمى التهابات الجلد العصبية Neurodermatitis. ونعدّ من هذه الاضطرابات: التهاب الجلد المنتبذ Atopicdermatitis، وفرط التعرُّق Hyperhidrosis، والحكة الجلدية العصبية، والصُداف Psoriasis.

ولكبت العدوان دوره في هذا الاضطراب. وقد أفادنا ستينر (١٩٥٣) أنه عالج ٢٥ مريضاً يعانون من حزاز مسطح Lichen Planus،

وحكة جلدية، بجعلهم يعبِّرون عن مشاعرهم العدوانية.

وأعلمنا مانوسر أنه تمكَّن من شفاء امرأة عمرها ٦٠ سنة تشكو من التهاب جلد من نوع الأكزيما، استمر عندها ست سنوات، بواسطة الاسترخاء ورفع درجة حرارة اليد بجهاز .Temp (جهاز قياس درجة حرارة اليد). وعالج ولبي امرأة عمرها ٤٠ سنة تشكو من التهاب جلد منتبذ بالإيحاء النفسي.

(٥) الاضطرابات الهضمية

أولى الدراسات المنهجية التي أظهرت العلاقة القائمة بين الانفعالات والاستجابات الوعائية والإفرازات المعدية كانت من قبل العلامة وولف (Wolff). وقد اتضح له أن الخوف يثبط إفرازات عصارة المعدة، بينما الغضب والعدوان يفعلان العكس فيزيدان من إفراز العُصارة المعدية، فترق مخاطية المعدة وتصبح هشَّة وحساسة أثناء احتقانها.

ومع ذلك فإن الأبحاث الحديثة لا تعزو القرحات المعدية إلى الاضطراب الانفعالي وحده، فهناك عوامل أخرى بيولوجية لها دورها في هذا الاضطراب، إلا أن العامل الانفعالي يلعب دور الوسيط. أما الاضطرابات الهضمية الأخرى كالإسهال المزمن العصبي المنشأ، فيمكن السيطرة عليه بالعلاجَ السلوكي كإزالة التحسس والاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة.

الفصل الخامس

تحليل السلوك

إن جميع أنماط السلوك، ومن ضمنها السلوك المعرفي **خاضعة للحتمية السببية**. ويمكن لسمة المريض وطبعه أن يتبدلا بفعل التعلُّم في كل بيئة، وفي كل تعرُّض لإثارة أو منبه، وذلك نتيجة استجابة العضوية لبعد كبير أو قليل.

وعملية تحليل السلوك هي جمع المعلومات وغربلتها، لتخدم توجيه العلاج السلوكي. وينحصر اهتمام المعالج في معرفة أسباب الكرب النفسي التي دفعت المريض إلى التماس المعالجة.

ولا بد أولاً أن يعرف المعالج إذا كان سبب كرب المريض يعود إلى استجابة متعلَّمة، أو أنه عضوي المنشأ. **فالعلاج السلوكي يهتم فقط بالاضطرابات المتعلَّمة وليس بالعضوية المنشأ**. فإذا كان مصدر الاضطراب المرضَ الذُهاني (العقلي)، فإن العلاج البيولوجي ـ الدوائي ـ هو الأساسي، وليس العلاج السلوكي.

إن غالبية المرضى الذين يقصدون العيادات للعلاج النفسي، يشكون من اضطرابات نفسية مصدرها التعلُّم، وتقع هذه الاضطرابات في تصنيف العُصاب النفسي.

وكما ذكرنا فإن شكاوى المريض الأولية تحوي استجابات عُصابية لا تكيُّفية، أو تأثيرات ثانوية لهذا القلق وهو قلق تشكَّل بفعل التعلم، ويكون هدف العلاج محو هذا التعلم العُصابي. وكي نزيل العُصاب، لا بد أولاً من القيام **بعملية تحليل السلوك**، أي بتعبير آخر **تحديد المنبهات المثيرة للاستجابة القلقية اللاتكيُّفية تحديداً دقيقاً**. ولا مندوحة من القول إن الناس في تبدل مستمر، لذا تبدو شكاويهم المرضية، ومعاناتهم، وأساليبها وطرقها، مرتبطة **بشروط المنبه**. ولذا يتعين على المعالج **طرح الأسئلة السابرة للمنبهات المثيرة لقلق المريض، وتكرار** الأسئلة بطرق مختلفة إذا ما دعت الضرورة لتحديد الوقائع المفردة.

١ ـ الكشف عن العلاقات القائمة بين المنبه والاستجابة اللاتكيفية:

يعمد المعالج في الجلسة الأولى إلى إملاء استمارة المقابلة وذلك وفقاً لما ذكرناه سابقاً في تحليل السلوك. ونكرر هنا سبر المشكلات الرئيسية التي قصد المريضُ المعالجَ بسببها، ملتمساً عونه. وهذه المشكلات هي **مخاوفه، ومتاعبه وشكاويه** والظروف التي تحيط بهذه المشكلات بدقة، وذلك للحصول على صورة واضحة لأسبابها ومحدداتها. والتقصي لا يقتصر فقط على معرفة الظروف التي خلقت المخاوف الإشراطية، ولكن أيضاً على معرفة الحوادث التي حصلت لاحقاً، وبدَّلت من أشكال الاضطراب لتجعله معمماً يشمل منبهات إشراطية أخرى من الدرجة الثانية. ويتعين على المعالج أن يتتبع القصة الإشراطية لكل عادة غير تكيفية بالطريقة نفسها.

إن هذا السبر يكشف العلاقة بين **المنبه ـ الاستجابة وتركيبها سواء أكانت معرفية** أم **إشراطية كلاسيكية**، وهذه العلاقة هي التي يقوم عليها أسلوب العلاج وهدفه.

ومن السهولة بمكان أن يُعطي المريض افتراضات خاطئة بسبب اضطرابه. فقد عزى أحد المرضى قلقه الشالَّ الشديد إلى المخدِّر الذي أُعطي له خلال خضوعه لعملية جراحية. لكن الأسئلة الدقيقة بينت أن الشدّات الاجتماعية هي سبب قلقه وليس خوفه من التخدير.

إن مهمة تحليل المنبه ـ الاستجابة قد تكون معقدة، حينما تكون هناك شكاوى أخرى غير القلق، مثل التأتأة، والسلوك الجبري أو المرض النفسي العضوي. ففي حالة الربو القصبي والاضطرابات العضوية النفسية ـ المنشأ يجب أن تكون الآفات العضوية في المنظور ولا ينبغي أن يغيب عن ذهن المعالج (العلاقة بين النفس والجسد في الاضطراب النفسي). أما الاضطرابات السيكوسوماتية فتكون من نتاج القلق عند الأفراد ذوي الاستعداد المسبق.

ومن المهم أن نعرف كيف أن القلق يرتبط باضطراب الكلام، وبالسلوك الجبري، أو بنوبة الربو، وعادة تبدو هذه العلاقة واضحة ومباشرة في مثل هذه الحالات. فمثلاً نجد أن التأتأة تزيد من شدة القلق الذي يشعر به المريض عندما يكون الشخص الذي يستمع إلى المريض غريباً عنه أو ذا صفات معينة.

وأحياناً نجد صعوبة في الكشف عن العلاقة بين الاضطراب الانفعالي وردِّ الفعل السيكوسوماتي. وقد ذكر لنا ولبي أنه عالج مريضاً يشكو من ربو قصبي، تهاجمه النوبات مهاجمة منتظمة، بعد أربع ساعات من تعرُّضه لشدّات بيئية. ولم تتضح هذه العلاقة إلا بعد المراقبة اليومية، ورصد الساعات من قبل المريض لحوادثه اليومية، وتتبع الأمر لعدة أسابيع.

وبعد أن يتم سبر ردود الفعل، وتعرف العلاقات بين المنبهات

والاستجابات العُصابية من قبل المعالج، ينتقل هذا الأخير إلى جمع المعلومات عن نشأة المريض، وسيرته الحياتية الماضية، وعلاقاته مع أسرته والبيئة الاجتماعية، وحياته المدرسية والمهنية، والعلاقة بين أفراد الأسرة والأبوين، وعلاقة الأبوين ببعضهما، وأسلوب التربية والتنشئة، وموقف المريض من العملية التربوية التي خضع لها، وموقفه من والديه وإخوانه، إضافة إلى تعرف المخاوف التي عاناها في طفولته. وبمعنى آخر إملاء جميع المعلومات التي ذكرناها في المقابلة الإكلينيكية بحذافيرها، كما يجب التعمق في سيرة المريض العاطفية، الدفء العاطفي، والعلاقة الجنسية.

وبعد أن يتم جمع المعلومات وفق البنود التي تتضمنها المقابلة الإكلينيكية يخضع إلى فحوص شخصية تشخيصية. ولعل أهم الاختبارات المستخدمة في العلاج النفسي الطبي السلوكي والطب النفسي السلوكي هي التالية:

١ ـ اختبار Willouchby الذي يسبر المخاوف والعلاقات البيشخصية.
٢ ـ اختبار منسوتا للشخصية المتعدد الوجود MMPI.
٣ ـ اختبار برنروتر Bernreuter الذي يسبر الكفاية الذاتية.
٤ ـ اختبار الخوف ويسمى Fear Survey Schedule (ولبي ولانج ١٩٦٤). الذي يسبر مخاوف المريض جميعها.
٥ ـ اختبار القدرة التخيلية للازاروس.
٦ ـ الخط القاعدي ونوعية البروفيل النفسي ـ الفيزيولوجي للمريض على أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة.
٧ ـ اختبار رافن لقياس الذكاء العام، أو اختبار فيكسلر.

ومن خلال نتائج هذه الفحوص والمقابلة الإكلينيكية يتمُّ وضع

التشخيص المبدئي. ومع استمرار العلاج يعمل المعالج على التأكد من صحة هذا التشخيص. وليعلم المتدرب على العلاج السلوكي أن وجود أي شك في مرض عضوي يجب نفيه أو تأكيده في حالة المريض، لإجراء الفحوص الطبية الكاملة والنوعية. ولعل نوبات القلق العارضة غير المرتبطة بمنبه محرض لها، هي إحدى الدلائل القوية على المرض العضوي.

ونعدُّ من هذه الأمراض العضوية الشائعة بين الناس المثيرة للقلق: تسرُّع القلب الاشتدادي Paroxysmal tackycardia، ونقص سكر الدم، وفرط الدرق Hyper Thyroidism. أما الأمراض ـ الأقل شيوعاً ـ العضوية المثيرة للقلق: الصرع الصدغي ـ اللمبي Limbic Lobe Seizures، وورم القوائم Pheochromocytoma (ورم قشر الكظر). وتُعطى الأفضلية في معالجة الاضطرابات المتعددة عند المريض، للاضطراب العصابي الشالِّ لفاعلياته ونشاطاته.

وليعلم المتدرِّب أن العلاج السلوكي هو **علاج فردي يخصُّ إنساناً معيناً**، فلا يجوز أن نعتبر الخطة العلاجية خطة صالحة لكل مريض. **فمراعاة الفروق الفردية في العلاج أمر أساسي يتوقف عليه نجاح العلاج أو فشله**. فأحياناً تفشل المعالجة بإزالة التحسس المنهجي عند شخص، بينما تصيب نجاحاً كبيراً عند مريض آخر. وعلينا أن نعرف أن تثقيف المريض بالثقافة العلاجية السلوكية هي ضرورة مهمة كي يتمثل العلاج ويتفاعل معه. فالعلاج برمته يقوم على جعل المريض يقف موقفاً إيجابياً من المعالجة، وهذا ما يجب أن يحققه المعالج منذ بداية العلاج.

ومن الأهمية بمكان عند استعلام المريض عن عدد الجلسات العلاجية، ومستوى التحسن الذي سيلاقيه، **ألاّ يعطي المعالج ضمانات**

سواء في عدد الجلسات أو في مستوى التحسن بشكل قاطع. فليس عدد الجلسات هو الذي يحدد مدة العلاج، ولكن يحددها مستوى التفاعل الذي يبديه المتعالج، والتزامه بالتدريبات العلاجية الملقاة على عاتقه، وحماسه للعلاج. ومن الخطأ الفادح أن يلتزم المعالج بأرقام ثابتة في عدد الجلسات، وفي درجة تحسن أكيدة، لأن مثل هذا الالتزام ينافي التعامل العلاجي مع متحولات لا يستطيع ضمان السيطرة عليها. وكل ما على المعالج عمله هو إقناع المريض، بالأرقام والإحصائيات، بمدى تفوق العلاج السلوكي على غيره من العلاجات، مع إعطائه فكرة عامة عن عدد الجلسات، بدون الالتزام بها، وشرح أسباب عدم الالتزام، ومدة التحسن الذي يمكن أن يحصل عليه المريض إذا ما توافرت لديه الشروط الأساسية في التفاعل العلاجي، وأن تقاضي الأجور العلاجية هو جزء هام من العلاج. وعموماً يمكن أن يقدم المعالج إلى المتعالج المعلومات التالية عن العلاج السلوكي.

١ ـ العلاج السلوكي هو علاج لا يتم من جانب واحد (أي المعالج) بل بالتفاعل والقبول المتبادل بين المعالج والمتعالج.

٢ ـ يقع العبء الأساسي في تحسن المريض أو شفائه على عاتق المريض نفسه من خلال الموقف الإيجابي الذي يقفه من العملية العلاجية وملتزماتها.

٣ ـ إن تحسن الأعراض مضمون إذا ما التزم المريض بالإرشادات العلاجية، لأن الأعراض هي استجابات متعلمة وقابلة للإطفاء والتراجع.

الفصل السادس

الأساليب العلاجية المعرفية

سبق وتكلمنا عن الأساس السلوكي للتفكير، ورأينا أن التفكير يولِّد الانفعالات والسلوك، لذا لا فرق بين الاستجابات المعرفية والسلوكية بفعل التفاعل القائم بينهما. ويمكن القول إن الاستجابات المعرفية تبدو متداخلة متناغمة على المستوى العملي في النشاطات الإنسانية كلها وفي أنماط العلاج النفسي أيضاً. فالمريض يتفحص المعالج، ويلاحظ حركاته وأفعاله وأقواله وأثاث عيادته، والمعالج يستجيب بدوره إلى حركات المريض وانفعالاته. فالإجراءات المعرفية هي جزء من العلاج السلوكي، وهذا ما رأيناه عند جمع المعلومات في المقابلة الإكلينيكية.

ويدرك المعالجون السلوكيون أن مصدر الكثير من المشكلات الإنسانية هو خطأ المعلومات والمعتقدات والأحكام والأفكار عند المرضى، لذا فهم يبنون علاجاتهم وفقاً لمصدر المشكلات سواء أكانت معرفية أم كلاسيكية.

هناك العديد من التقنيات السلوكية التي تستهدف تبديل العادات الفكرية المعرفية، مثل تقنية تايلور (١٩٥٩) في منع الاستجابة الفكرية Thought - Stopping، وأيضاً تقنية كوتيلا (١٩٦٧) وهوم (١٩٦٥)

المعروفة باسم الإجراءات الإشراطية المستترة Covert Conditioning. فجميع هذه التقنيات تنسب أصلاً إلى مبادىء الإشراط وأسسه مع الإدراك أن المعرفة أو التفكير هما الصنف الثاني للسلوك.

ويستحيل عموماً إزالة إشراط القلق من الموقف الذي يعتقد المريض أنه يشكل خطراً عليه، حتى لو كان خاطئاً، وجعله يقف منه موقفاً غير مبالٍ، إلا إذا تم إقناعه أن أفكاره خاطئة.

إن الأخطاء وسوء التأويل للمواقف أمر شائع في المخاوف المراقية Hypochondria. فالمريض الذي يشكو من آلام راجعة في الصدر يحتاج إلى إقناعه أن هذه الآلام لا تعني وجود مرض القلب. فإذا كان هذا الخوف ناجماً عن أخطاء معرفية، إضافة إلى وجود خوف إشراطي من الأعراض، حينئذٍ فهو يحتاج إلى شيئين؛ علاج معرفي وعلاج بإزالة التحسس التخوفي من هذه الأعراض الفعّالة، وذلك بعد أن يتخلص من خوفه المعرفي، ويعرف أن آلام صدره ليست خطرة ولا مؤذية.

١ ـ التعرف على المخاوف المعرفية المنشأ

يتعين، من خلال تحليل السلوك، معرفة فيما إذا كان مصدر الخوف معرفياً أو إشراطياً كلاسيكياً، وأحياناً يكون التمييز صعباً في بعض الحالات مما يستدعي من المعالج تدقيقاً كبيراً، فموهبة التشخيص تأتي من الممارسة.

وإذا اتضح للمعالج أن الخوف معرفي، حينئذٍ يمكنه أن يطرح على المريض الصيغ التصحيحية لهذا الخوف الوهمي بالصورة التالية:

«إن مخاوفك ناتجة عن تفكير خاطىء. والآن سأزودك بالمعلومات الصحيحة عنها بإسهاب. أنت تعزز هذه المخاوف الخاطئة اللاواقعية

بعادتك في خلق الأحاديث مع الذات التي تهزم الذات وتثير الخوف. وسأعرفك على نوعية هذه الأحاديث التي تخلد خوفك وتجعلك فاقد السيطرة على مخاوفك».

إن تصويب المعلومات الخاطئة يتوقف على نوعية سوء التأويل الخاطىء. فمثلاً المريض الذي يخاف الاختناق إذا ركب المصاعد الكهربائية، يحتاج إلى تثقيفه بخطأ هذا التفكير عن المصاعد، وفي أكثر الحالات تكفي المعلومات اللفظية المصوَّبة. ويستوجب تصحيح مثل هذه الأفكار، عند بعض المرضى، بإظهار أنظمة التهوية الموجودة في المصاعد الكهربائية من قبل اختصاصي المصاعد. وتكمن المشكلة الصعبة عند بعض المرضى في التشويه المعرفي الذي يكون جزءاً من جهاز المعتقد للتفكير الخاطىء المتداخل مع حياة المريض. وهنا يحتاج المريض إلى مقدار كبير من النقاش والتثقيف للتغلب على هذا التفكير الخاطىء، وتصويب المعلومات (ولقد عالجت بنفسي حالات كثيرة من هذا القبيل).

إن المخاوف من مرض القلب التي لا أساس لها من الصحة تكون مقرونة عادة بنوبات تسرُّع القلب الوظيفي العصبي المنشأ، وبالخفقانات أو ألم الصدر (الخناق الكاذب). وبادئاً ذي بدء، وحسب عمر المريض وحالته البدنية عموماً، ينبغي نفي وجود أي علَّة عضوية بإحالة المريض إلى الطبيب المختصِّ. وفي بعض الأحيان يكون إجراء مثل هذه الفحوص كافياً لإعادة الطمأنينة إلى المريض وإزالة خوفه الوهمي.

وفي أحيان أخرى يحتاج الأمر إلى مزيد من الإيضاحات والتفسيرات عن أسباب الألم الذي يشعر به المريض في صدره، لنفي مرض القلب، وربط الألم باضطرابات عضوية، كالتطبل المعوي

ـ المعدي، أو الاضطراب العضلي في جدار الصدر. ويمكننا البرهنة للمريض أن ألم الصدر يعود إلى الغازات المعوية ـ المعدية، وذلك بأن نستحدث له هذا الألم، فنطلب إليه أن يشرب كأساً من عصير البرتقال مع إضافة ملعقة شاي من بيكاربونات الصوديوم ليحدث الانتفاخ المعوي ـ المعدي. فهذه التجربة تقنع المريض بأسباب ألم صدره أكثر من أي طمأنة وشروحات أخرى.

إلا أن المريض في بعض الحالات لا يقتنع بعدم وجود أي آفة قلبية لديه مهما بلغ مقدار تصحيح أفكاره المغلوطة عن الألم. وهنا لا بد من اللجوء إلى إزالة الإشراط الكلاسيكي من الخوف من ألم الصدر بواسطة تطبيق **تقنية إزالة التحسس من هذا الخوف الإشراطي**.

وعندما يكون القلق مزمناً وشديداً فإنه يؤدي إلى إحداث إحساسات غريبة للمريض، مثل الشعور بالموت أو بتشوه الواقع. فهذه المشاعر الغريبة قد تسبب للمريض الشك أنه على وشك «الانهيار». وهنا يصاب المريض بحالة عصيبة من تصاعد الخوف الذي يأتي رداً على الأعراض التي تنتابه، والتي بدورها تزيد من حدة الخوف وتعززه. وينتهي تصاعد القلق إلى الإصابة بالجزع الناجم عن أعراض فرط التهوية الرئوية. ولا بد للمعالج من أن يطمئن المريض أن الأعراض التي تهاجمه، نتيجة فرط التهوية، غير مؤذية ولا مهددة. وأحياناً يفرض الواقع **أن يعطيه ضماناً خطياً أن حالته لا تشكل له أي تهديد على حياته وسلامة عقله**.

وبعض المرضى يحتاجون إلى تفسيرات إضافية عن الاستعدادات الإرثية في الاضطراب العقلي للاطمئنان. فالمريض الذي يخاف من أعراض فرط التهوية لئلا يفقد سلامة عقله، نجعله يطمئن بعدم تعرضه لأي مرض عقلي **بإجراء فحص تخطيط بؤبؤ العين** pupillography الذي

يظهر الاستعداد لمرضى الفصام (روبين ١٩٧٠).

تقنية إيقاف التفكير Thought Stopping

هي طريقة لتبديل السلوك المعرفي (الفكري). وهذه الطريقة لا تقوم على أساس تبديل جهاز المعتقد والتفكير بل على إيقاف عادات الاستجابات الفكرية التي تقتحم ساحة وعي المريض المزعجة، والتي لا طائل منها (كالأفكار الوسواسية مثلاً).

وتقوم هذه التقنية على تدريب المريض باستبعاد الفكرة المنافية المزعجة حالما تلج ساحة وعيه.

وقد عالج ليويز رجلاً يعاني من وسواس جبري تمثل في انشغالاته المستمرة بنسوة عُراة، وذلك بجعله يوقف الفكرة كلما وَلجتَ الأفكار الجنسية إلى ساحة وعيه، وقد أفلح في تخليصه من هذا الانشغال الوسواسي المرضي، حيث برهنت هذه الطريقة على فعاليتها.

كما نجح تايلور بعلاج حالة اقتلاع شعر الحاجب تتسم بصفة الجبر (عصاب جبري Compulsive) عند رجل عمره ٣١ سنة، وذلك بتدريب المريض على تثبيط سلسلة الحركات التي تقود إلى هذا الاقتلاع للشعر. وإذا أمكن إزالة العادات الحركية بمنع الاستجابة، أليس بالإمكان إذن إزالة عادات التفكير بهذه الطريقة؟.

إن جوهر التدريب على إيقاف الأفكار المزعجة يكمن في الوصول إلى اتفاق بين المعالج والمريض على أن الأفكار التي تنتابه مبددة للقوى النفسية والجسدية ومؤذية، وغير مفيدة، لذلك لا بد من التخلص منها.

يبدأ التدريب على هذه التقنية بالطلب من المتعالج أن يغمض عينيه، وباللفظ بأفكار نموذجية لا طائل منها، كأن يقول مثلاً أنا إنسان

تافه، أنا إنسان ضعيف. وخلال لفظه لتلك الأفكار يصيح المعالج بصوت عالٍ وبلهجة جازمة مفاجئة، قائلاً للمريض: **أوقف هذه الأفكار**. هنا يردد المتعالج هذه العبارات بالقول: أوقف الأفكار، موجهاً الكلام لذاته. وعادة يرافق هذا القول لذع رسغه بخيط مطاطي يسبب له الألم (قرن الألم بكلمة أوقف الأفكار). يردد المريض العبارات السابقة عدة مرات. ومن ثم يطلب المعالج إلى المتعالج أن يتدرب بنفسه على إيقاف الأفكار التي تزعجه بالأسلوب **نفسه وبعبارات غير مسموعة**. وبعد إيقاف تلك الأفكار **يتعين على المريض أن يشتت انتباهه في موضوع آخر سارٍّ محبب إليه ويندمج فيه تماماً**.

ينبه المعالج المتعالج إلى أن الأفكار ستعود إليه ثانية، وعليه كلما اجتاحت الفكرة المزعجة ساحة وعيه أن يتعامل معها بالأسلوب الذي تعلمه.

في حال عدم نجاعة الأسلوب السابق، يمكن تطبيق التقنية بالأسلوب التالي المعدَّل:

يتعرض المتعالج إلى صدمة كهربائية غير مريحة متزامنة مع لفظه لكلمة (قف.. قف، للفكرة المزعجة). وهنا نقرن المنبه المؤلم مع الفكرة المزعجة، الأمر الذي يؤدي إلى إضعاف الترابط بين المنبِّه (الفكرة المزعجة) والاستجابة (اجترار الفكرة)، أي تثبيط الفكرة الوسواسية.

تنفع هذه الطريقة بشكل خاص في التعامل مع الأفكار الوسواسية وإضعافها. وقد أفادنا «ياماجامي» (١٩٧١) أنه عالج بهذه التقنية مريضاً يشكو من وسواس، دام معه ثماني سنوات. وعالج (محمد حجار) مريضاً يشكو من أفكار وسواسية جنسية تجتاحه خلال الصلاة[١].

---

(١) انظر كتاب: العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواسي الجبري، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار طلاس للنشر، دمشق ١٩٩٢.

الفصل السابع

التدريب على تأكيد الذات

Assertiveness Training

رغم أن تقنية إزالة التحسس المنهجية هي أكثر الطرق شيوعاً واستخداماً في إزالة عادات استجابة القلق الإشراطية الكلاسيكية، فإن تقنية تأكيد الذات هي التي مورست في عهد باكرٍ، قبل التقنية الأولى (إزالة التحسس المنهجية).

والتدريب على هذه التقنية سهل نسبياً في التعليمات والتطبيق، وتؤدي (إذا ما طُبقت في حالاتها الملائمة) إلى تبدل سلوكي مهم خلال حقبة تدريبية لا تتعدى مدتها عدة أسابيع.

والتدريب على هذه التقنية هو أحد الوسائل العلاجية السلوكية لإزالة الإشراط الخاص بعادات استجابات القلق اللاتكيُّفية البيشخصية interpersonal (المخاوف الاجتماعية)، إزاء سلوكيات الأشخاص الآخرين (الخوف من الكلام أمام الناس أو من النقد أو عدم القبول)، ويكون ذلك **بالتعبير عن الانفعالات وتأكيد الذات**. فاستجابات القبول، والمحبة، والإعجاب، والغضب أو التوتر تناهض هذه المخاوف الاجتماعية مناهضة قوية. وهذه الاستجابات التعبيرية التي يتعلم الفرد

الخجول الإفصاح عنها تزيد من سلوكه الحركي. فالقلق المتزامن الوجود مع هذه الانفعالات الإيجابية الحركية **يكون مصيره التثبيط والضعف** والإخماد، أي بتعبير آخر: **إن الاستجابات الانفعالية الإيجابية الحركية تثبط القلق، كما سبق ورأينا في التثبيط الخارجي.**

يفيد هذا النوع من التدريب في كل المواقف التي يكون فيها المريض مثبطاً من القيام بفعل نتيجة وجود خوف اجتماعي عُصابي. ونعدُّ من هذه المواقف الخوف من عدم التعبير عن شكوى سواء الطعام في مطعم، أو السكوت عن استلاب الدور من قبل شخص آخر في صف لقطع تذاكر ركوب الحافلة، أو الخوف من الكلام خشية النقد أو عدم القبول... أي سلوكيات مشاعر النقص وعدم الكفاية الشخصية، والسلوكيات المتجنبة كافة.

إن استجابات القلق البيشخصية، تقود أحياناً إلى توجيه الدوافع الفطرية الغريزية إلى سلوكيات لاتكيفية كاللوطية، والانحرافات الجنسية، والميل للاتصال الجنسي بالأولاد Pedophilia والفيتشية، والاستعراء Exhibitionism (إظهار العورة للناس).

والكثير من الانحرافات الجنسية لا يمكن تصحيحها بالعلاج المباشر للانحراف؛ إلا إذا تمت إزالة الدوافع العُصابية البيشخصية المسببة لهذا الانحراف.

وقبل البدء بتدريب المتعالج على استراتيجية تأكيد الذات، يتعين على المتدرب قبول العقلانية، ومنطق هذه الاستراتيجية. ففي بعض الأحيان نجد أن الإذعان لرغبات الآخرين وحاجاتهم يرتبط بفلسفة عامة اجتماعية مقبولة أخلاقياً في تقديم مصالح الغير على مصلحة الفرد الشخصية. مثالنا على ذلك الشخص المتدين الذي ينكر رغباته ومصالحه

ويفضل عليها مصالح الآخرين. ومثل هذا النزوع نجده عند أصحاب الشعائر الدينية، وهم القلة عادة. أما في الأحوال العادية فإن قبول رغبات الغير والرضوخ لسلوكيات الناس على حساب نزوعات الفرد ومصالحه يُعد كرماً عصابياً، سببه ضعف الذات والخجل المرضي ومشاعر النقص الرامية إلى استرضاء الناس وانتزاع قبولهم كهدف.

فأنت عندما تقبل آراء الناس ظاهراً، ولكنك ترفضها في أعماق نفسك، ولا تتجرأ على التعبير عن هذا الرفض فأنت تعاني من مشاعر النقص والقلق الاجتماعي. وفي هذه الحالة تحتاج إلى علاج تأكيد الذات الذي يدربك على مواجهة الناس وأن تقول كلا عندما تجد ما يعرضونه عليك يتنافى مع مصلحتك، أي أن تتدرب أن تقول «لا» في كل موقف يتنافى مع رغباتك ومصالحك ومنظومة معتقداتك، أن تأبه إلى تقييم الناس لك من خلال الرفض الصادر عنك. والأسئلة التالية تبرز هل المريض يحتاج إلى علاج تأكيد الذات أهم لا:

١ ـ كيف تتصرف إذا اتضح لك، بعد شرائك سلعة ما من حانوت، أن دراهمك لا تكفي لدفع ثمنها؟

٢ ـ ماذا تفعل إذا وجدت أن السلعة التي اشتريتها، وعدت بها إلى الدار كانت فاسدة أو معطوبة؟

٣ ـ ماذا تفعل إذا اندس أحد الناس فأخذ دورك في الصف؟

٤ ـ ماذا تفعل إذا وجدت صاحب الحانوت وهو يتعامل مع أحد الزبائن الذين يسبقونك دوراً، ثم جاء شخص واحتل دورك، فتعامل صاحب الحانوت مع الحدث ببساطة متجاهلاً حقك في الدور؟

٥ ـ كيف تتصرف إذا طلبت وأنت في المطعم دجاجاً مشوياً على الفحم، وإذ بك تجد أن النادل (الكارسون) المكلف بخدمتك على الطاولة

جلب لك دجاجاً مقلياً وليس مشوياً؟

في جميع هذه المواقف يتعين على الفرد أن يتمسك بحقه، ويناهض تطاول الآخرين عليه، ولكن بشكل مقبول اجتماعياً. وإذا أجاب هذا الفرد على جميع الأمثلة السابقة بعكس ذلك، فهذا يعني أنه يحتاج إلى التدريب على تأكيد الذات.

ولنعاين الحوار التالي في التدريب على تأكيد الذات:

المعالج: ماذا تفعل إذا كنت واقفاً في دورك لقطع تذكرة دخول سينما، وجاء شخص وأخذ دورك؟

المريض: لا أفعل شيئاً.

المعالج: إذن ماذا تشعر؟

المريض: أشعر بالغضب يشتعل في داخلي.

المعالج: ولكن لماذا لا تفعل شيئاً؟

المريض: أخاف من أن أمسَّ مشاعره.

نرى في هذا الحوار كيف أن الخوف من إزعاج هذا الدخيل هو الذي يمنع المريض من اتخاذ إجراء يعترض فيه على هذا التعدي. وهنا يتعين على المعالج أن يدرب المريض على تحويل هذا الغضب نحو الخارج، بدفعه إلى التعبير عن غضبه بسلوك اجتماعي مناسب. ومثل هذا **التعبير يثبط استجابة القلق والخوف**، وينعكس على المريض بمشاعر احترام الذات.

المعالج: إن الناس يستفيدون من هذه السلبية التي تبديها نحوهم. فالرجل الذي أخذ دورك استفاد من سلبيتك وعدم تعبيرك، والمطالبة بحقك. يجب عليك ألا تسمح له بذلك. عليك أن تقول له التالي: «لطفاً هل تتفضل بأخذ دورك في هذا الصف». ففي فعلك هذا أنت تعبر عن

غضبك الذي أثارته فظاظة هذا الرجل وأنانيته، ولكن بأسلوب اجتماعي مؤدب. وفي كل مرة تلجأ إلى مثل هذا السلوك التأكيدي تثبط القلق.

مع تشجيع المتعالج على التصرف بهذه الطريقة في علاقاته البيشخصية نجد أن تبديل السلوك قد حدث عند المريض خلال فترة ليست طويلة، فيتلاشى بذلك قلقه الاجتماعي السلبي، وسلوكيات التجنب، ويصبح أكثر قدرة على تأكيد ذاته، ومواجهة الناس بثقة بالنفس، مع انحسار الخوف البيشخصي.

إن لعب الدور التخيلي، أو الواقعي الميداني، بإعطاء المريض تدريبات على تأكيد الذات في مواقف حياتية مفترضة أو حقيقية لإنجازها كوظائف، هي عوامل مهمة في تبديل السلوكِ السلبي.



الفصل الثامن

أسلوب إزالة التحسس المنهجي

Systematic Desensitization

يُعدُّ أسلوب إزالة التحسس المنهجي أحد أنواع الأساليب في إضعاف عادات استجابات القلق العُصابي، وذلك وفق خطوات مجزأة. ومثل هذه الخطوات شاهدناها في إطفاء القلق العُصابي التجريبي عند الحيوانات، وفي أسلوب ماري جونس التي أزالت عُصاب الخوف من القطط عند الأطفال.

وعلى المستوى الفيزيولوجي يتم تثبيط القلق المُثار عند المريض بفعل الاستجابة المعاكسة الاسترخائية للعضل، ويكون ذلك بتعريض المريض إلى المنبه الإشراطي الذي بدوره يثير الاستجابة اللاتكيفية العُصابية وهو في حالة استرخاء نفسي ـ عضلي.

ويستغرق التعريض عادة عدة ثوانٍ، ويتكرر ليحدث التناوب بين التعريض والاسترخاء، حتى يتمَّ إطفاء الاستجابة القلقية. فالمنبه الإشراطي بهذه الطريقة المتصاعدة يفقد قدرته على إثارة القلق.

وتتم تجزئة الموقف المخوِّف إلى وحدات موقفية متصاعدة في إثارتها للخوف، ولا يتجاوز الفاصل بين موقف على السلم الهرمي وآخر

في شدة الخوف أكثر من ١٠٪ باعتبار أن شدَّة رأس الهرم الذي فيه ذروة الموقف المثير للخوف المراد إطفاؤه تقدر بـ ١٠٠٪. ومن ثم يتعامل المريض مع مواقف الخوف المجزأة بتناوب عملية التعرض والاسترخاء، فلا ينتقل من موقف مُدرَج على هذا السلم الهرمي إلى آخر حتى تصبح شدة الخوف صفراً. . .

ويتم تدريب إزالة التحسس المنهجي، ووضع وحدات المواقف من قبل المريض والمتعالج معاً، ومن ثم يدرِّب المعالج المريض على تطبيق هذه التقنية بجلسات علاجية ويُطلب إليه فيما بعد التدرب عليها بمفرده، بعد أن يتقن تطبيقها.

ونلاحظ أننا نستخدم استجابة الاسترخاء لمناهضة المواقف القلقية على السلم الهرمي.

وكبداية، يتم تدريب المريض أولاً على الاسترخاء المتصاعد ويكون كالتالي:

يجلس المريض على كرسي ذي مسند للظهر ومسندين لليدين ويحرر جسمه من كل ضاغط أو معيق لحركاته، في غرفة متوسطة الإضاءة ومعتدلة الحرارة، ويبدأ بتنفيذ التعليمات التالية التي يمليها عليه المعالج:

- يأخذ نفساً عميقاً بطيئاً، ويحبس الهواء في صدره لخمس ثوان، ثم يزفر الهواء ببطء، ويكرِّر العملية ثلاث مرات.

- يغمض عينيه، ويقبض الكفَّ الأيمن، ويستشعر إحساس الضغط والتوتر في أصابع اليد اليمنى، ويركز انتباهه على إحساس الضغط ويستشعر به.

- يرخي ويفرد أصابعه ببطء، ويستشعر استرخاء اليد.

ـ يكرر هذه العملية مرة أخرى (قبض اليد وإرخاء الأصابع).

ـ الآن، وهو مغمض العينين وانتباهه مركَّز على الساعد، يثني الكفَّ باتجاه الداخل فتنقبض عضلة الساعد. يستشعر التوتر في عضلة الساعد. ومن ثم يرخي العضلة بإعادة الكف إلى وضعيته الأولى. يكرر هذه العملية مرة أخرى.

ـ يثني الساعد ببطء ويستشعر بتوتر عضلة العضد. يُبقي هذا التوتر مدة ٥ ثوان، ثم يبسط الساعد ببطء، ويستشعر استرخاء العضلة التدريجي خلال ذلك. يكرر العملية مرة أخرى.

ـ يطبِّق الشيء نفسه على يده اليسرى، بالخطوات التي ذكرناها.

ـ يجعِّد جبهة رأسه برفع الحاجبين إلى الأعلى (توتير عضلة جبهة الرأس) ويستشعر التوتر في هذه العضلة. يرخي عضلات الجبهة ببطء ويستشعر بهذا الإرخاء. يكرر العملية مرة ثانية.

ـ يوتر عضلات الوجنتين ثم يرخيها. يكرر العملية مرة ثانية، (التوتر بالتكشير).

ـ يوتر عضلات ما حول العينين. تكرار العملية مع الإرخاء.

ـ يوتر عضلات الفكين بالضغط عليهما ومن ثم إرخاء مع المباعدة بين الشفتين قليلاً. يكرر العملية.

ـ يوتر عضلات الرقبة بدفع الرأس إلى الخلف ببطء، والإرخاء بالعودة إلى الوضع الطبيعي، ثم يكرر العملية.

ـ يرفع الكتفين إلى مستوى الأذنين (التوتير) ومن ثم يهبط بهما إلى الوضعية السابقة (تكرار العملية).

ـ يدفع بالكتفين إلى الخلف، بشكل يقرِّب اللوحين من بعضهما (التوتير)، ومن ثم يعيدهما إلى الوضعية السابقة، ويستشعر الإرخاء (تكرار العملية).

- استنشاق الهواء وإملاء الصدر بالهواء (توتير عضلات الصدر)، ثم الزفير ببطء مع تركيز الانتباه على هذا الاسترخاء (تكرار العملية).

- تقبيض عضلات البطن، والاستشعار بتوتر العضلات، ثم إرخاء هذه العضلات (تكرار العملية).

- توتير عضلات الحوض بتقليص معصرة الشرج (عضلات هذه المعصرة، والاستشعار بهذا التوتر) ثم إرخاء هذه العضلات (تكرار العملية).

- تقليص عضلات الفخذ، والاستشعار بهذا التوتر، ثم رخي هذه العضلات (تكرار العملية).

- رفع أصابع القدم إلى الأمام باتجاه الجسم للإحساس بتقلص عضلة الساق (الاستشعار بالتوتر العضلي)، ثم إعادة الأصابع إلى الوضع الأول (إرخاء العضل) تكرار العملية.

بهذا التمرين نكون قد مارسنا ما نسميه بالاسترخاء المتصاعد الذي يقوم على توتير مجموعة العضلات، والاستشعار بالتوتر ومن ثم الإرخاء.

بعد تدريب المريض على هذا التمرين الذي يحقق الاسترخاء العميق للعضلات، ويخلق عنده الفروق بين التقلُّص والإرخاء العضلي، نطلب إليه ممارسة هذا التدريب كواجبات بيتية ثلاث مرات يومياً، لمدة ١٠ أيام، وذلك لتشكيل عادات الإرخاء العضلي، بحيث ما إن يأمر نفسه بالاسترخاء حتى يجد أن جميع جهازه العضلي الحركي قد استرخى بفعل الإشراط الاسترخائي الذي كوَّنه.

وهناك أشكال أخرى للاسترخاء سنجدها في مقرر التغذية البيولوجية الراجعة.

ويجب أن نعلم أن التدريب على الاسترخاء قد يناسبه شكلٌ معين

من أشكال الاسترخاء، مما يستدعي مراعاة الفروق الفردية في التدريب عليه.

خطوات تطبيق إزالة التحسس المنهجي

قبل أن نفسر ونشرح هذه الخطوات يجب أن نعرف الحقائق التالية:

١ - إن الاستجابة الاسترخائية تُضعف الاستجابة **التخوفية الضعيفة**، ولكنها لا تضعف الاستجابة التخوفية الشديدة. فلقد ظهر في تجارب بافلوف وولبي أن الحيوان المُصاب بُعصاب تجريبي لم يكن يأكل الطعام أثناء وضعه في القفص الذي تعرَّض فيه إلى العُصاب، بل كان يصبح مثبطاً تماماً بفعل القلق الشديد الإشراطي الناجم من وجوده في القفص، رغم أن الطعام منبه يثير استجابة سارة مناهضة للقلق. وتفسير ذلك أن شدة القلق أقوى بكثير من استجابة الطعام السارة.

وينطبق الأمر نفسه على الكائنات البشرية.

٢ - وطبقاً للمبدأ الأول، لا بد إذن من تجزئة الموقف المخوِّف المراد إطفاؤه إلى **وحدات موقفية مثيرة للقلق الضعيف**، متدرجة في الشدة، حتى الوصول إلى ذروة الهرم التي تمثل الموقف المخوف المراد إطفاؤه؛ الخوف من رهاب الساح على سبيل المثال أو من مشاهدة ميت أو كلب.. وغير ذلك...

٣ - يجب أن لا تتجاوز شدة المواقف المجزأة المثيرة للقلق نسبة ١٠٪ على السلم الهرمي أثناء التصاعد بين موقف مثير للخوف وآخر، وذلك لأن الاستجابة الاسترخائية تكون هنا متوافقة مع الإثارة

التخوفية التي يثيرها الموقف والمراد إضعافها لتصل إلى قوة صفر في الدرجة.

٤ ـ يجب أن يكون المريض قد امتلك المهارات الاسترخائية امتلاكاً جيداً، ليتمكن من إطفاء المواقف التخوفية على السلم.

٥ ـ يجب أن تكون قدراته التخيلية جيدة بحيث يستطيع تخيل الموقف المثير للاستجابة التخوفية تخيلاً يجعله يشعر بالخوف الفعلي، فضعف القدرة على تخيل الموقف والتعرض له لا يسمحان بإضعاف الاستجابة التخوفية.

٦ ـ هناك فروق فردية في المدة اللازمة لإضعاف المواقف المتخيلة بطريقة إزالة التحسس المنهجي. فهناك من يتمكن من إضعاف خوفه من موقف خلال التناوب بين التعرض والاسترخاء المتكررين بمدة (١٥) دقيقة، بينما نجد أن موقفاً واحداً على السلم الهرمي يحتاج عند فرد آخر إلى ثلاث جلسات مدة كل جلسة ٣٠ ـ ٣٥ دقيقة.

٧ ـ إن إضعاف الاستجابة المخوِّفة تخيلياً ينتج عنه ضعف هذه الاستجابة أمام المثير الحقيقي للخوف ميدانياً، وبنسبة أكثر من ٨٥٪ (انتقال إزالة التحسس إلى الحياة الواقعية الميدانية).

٨ ـ في حالة ضعف قدرة المريض على التخيل لا بد من اللجوء إلى تقنية الإغراق الميداني (التعريض الميداني المباشر للعنصر المثير للقلق) بالتدرُّج، أو بالإثارة القوية للمنبه التخوفي كما سبق وشرحنا.

بعد هذا الشرح للنقاط المهمة، يمكننا بيان خطوات تطبيق هذه التقنية.

أ ـ إعداد سلم وحدات المواقف المثيرة للاستجابة للخوف أو القلق.
ويتم إعداد هذا السلم وفق المبادىء التالية:

(١) لكل حالة خوف سلم. فالمريض الذي لديه مخاوف متعددة يجب أن يوضع لكل خوف سلم.

(٢) يتم وضع هذا السلم بالتعاون بين المريض والمعالج معاً.

(٣) يتم تحديد درجة السلم الهرمي، ومرتبة كل موقف من الشدة وفقاً للتالي:

ـ يُجزأ الموقف المخوف المراد إطفاؤه إلى وحدات بفواصل شدَّة ١٠٪ متصاعدة على السلم.

ـ تحدد قوة الموقف المثير للخوف كيما يُرصد على السلم الهرمي، وذلك بالطلب من المتعالج أن يتخيله تماماً، ويحدد درجة خوفه منه.

ـ يُعد الرقم ۰ موقفاً حيادياً ساراً بالنسبة إلى السلم، يأتي بعده الموقف المخوِّف الضعيف جداً ويُعطى الرقم ١٠٪ في الشدة، بالموازنة مع الخوف الأصلي المراد إطفاؤه والذي يأخذ الرقم ١٠٠٪ في الشدة، ومكانه ذروة السلم.

ـ يتم وضع المواقف المجزأة المثيرة للخوف وفقاً للقاعدة السابقة، وترصد على السلم حيث يتم بعدها التعامل مع هذه المواقف بالتعريض والاسترخاء لإطفائها.

ب ـ تنفذ عملية التعريض والإطفاء لمواقف السلم وفق التالي:

(١) نطلب إلى المريض أن يسترخي على المقعد ويغمض عينيه، ومن ثم عليه أن يتخيل موقفاً ساراً حيث يأخذ هذا الموقف الرقم ۰ على السلم.

(٢) يطلب المعالج إلى المريض أن يتخيل الموقف الذي يلي المنظر السار مباشرة. وما أن يتخيله، على المريض أن يرفع إبهامه أو

سبابته إشعاراً للمعالج أن الموقف تمَّ تخيله بوضوح تام.

(٣) يطلب المعالج من المتعالج أن يتعامل مع الموقف المثير لخوفه لمدة عشر ثوان (تقدر بين المعالج والمتعالج قبل التطبيق) **وهو مسترخٍ تماماً**، ومن ثم يوقف تخيله للموقف بعد هذه المدة ويتخيل بدلاً عنه موقفاً ساراً ولمدة نصف دقيقة.

(٤) بعد انتهاء هذه المدة يرفع المتعالج أصبعه إشارة إلى أنه عاد إلى تخيل الموقف، وتعامل معه للمدة نفسها، ومن ثم يقطع هذا التخيل ويعود إلى تخيل منظر سار.

(٥) يواصل المتعالج تعامله مع هذا الموقف بهذا التناوب والتواتر بين التعريض والاسترخاء، وتخيل منظر سار، والعودة من جديد إلى التعامل مع الموقف وهو مسترخٍ حتى ينخفض قلقه إلى الرقم الصفر، بحيث إذا ما تخيله من جديد لم يعد الموقف يثير خوفه.

(٦) ينتقل المعالج إلى الموقف التالي الذي يلي بالشدة، ويتم التعامل معه على غرار الأول إلى أن ينطفىء. وهكذا تُغطى جميع المواقف حتى نصل أخيراً إلى ذروة السلم بمواجهة الخوف الأصلي المراد إطفاؤه.

إن هذه العملية قد تستوجب تخصيص عدة جلسات حتى يتم إطفاء جميع المواقف المثيرة للخوف على السلم. بل إن عدة مواقف قد تحتاج إلى أسبوع، بمعدل ٢٠ دقيقة لكل جلسة، وذلك حسب طبيعة الخوف واستجابة المريض لعملية الإطفاء.

يمكن استخدام جهاز GSR للتأكد من زوال الاستجابة التخوفية في التعريض، وأحياناً لإعطاء المريض تغذية راجعة.

يتعين على المريض التدرب على إطفاء الخوف بالتدريب الذي تلقاه

كوظيفة بيتية، للتأكد من نجاح الإطفاء، وليقوم أيضاً بإطفاء المواقف الباقية على السلم بالطريقة التي تدرب عليها، إذا طلب إليه المعالج ذلك. كما ويمكنه بعد تدربه على عملية الإطفاء، أن يطفيء المخاوف الأخرى بنفسه، بعد أن يضع السلم ويحدِّد قوة المواقف المرصودة على السلم بالتعاون مع المعالج.

(٧) يجب تدعيم هذا الإطفاء بالتعرض للموقف الذي تم إطفاؤه تخيلياً (كما يبدو في الحياة Vivo).

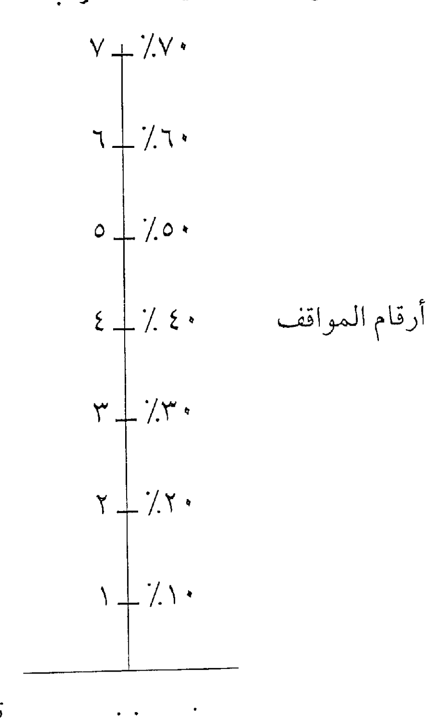
مثال على إعداد سلم المواقف المجزأة المثيرة للخوف:

لنفترض أن مريضاً يخاف من العمليات الجراحية والدخول إلى المشافي عامة. نجزيء هذا الخوف إلى المواقف التالية، مرتبة من الأدنى إلى الأعلى حسب الشدة:

١ ـ الموقف ∴ هو الحيادي ويكون بتخيل المريض لموقفٍ سار.
٢ ـ تخيل سيارة إسعاف ١٠٪ شدة الخوف.
٣ ـ تخيل سيارة إسعاف تسير في شارع يؤدي إلى المستشفى ٢٠٪.
٤ ـ تخيل السيارة وهي تصل إلى المستشفى ٣٠٪.
٥ ـ تخيل بناء المستشفى الخارجي ٤٠٪.
٦ ـ تخيل بهو المستشفى المؤدي إلى غرفة العمليات ٥٠٪.
٧ ـ تخيل مريض محمول على حمالة، في طريقه إلى غرفة العمليات ٦٠٪.
٨ ـ تخيل غرفة العمليات، وإجراء عملية جراحية داخلها ٧٠٪.

وإذا أردنا أن نمثل ذلك بيانياً فيكون السلم على الشكل التالي:

سلم المواقف الهرمية للخوف من المشافي والعمليات الجراحية



ويمكن إعطاء المريض المهدئات الصغرى إذا اتضح أنه يجد صعوبة في الوصول إلى الاستجابة الاسترخائية، وذلك قبل المباشرة بالتدرب على الاسترخاء ولفترة قصيرة، حتى تتعزز عنده الاستجابة الاسترخائية

بدون دواء مهدىء. ويفضل التحقق من تعلم المريض الاستجابة الاسترخائية بجهاز GSR، ومن إعطائه تغذية راجعة.

إن الأشكال المختلفة للاسترخاء كالتأمل، وتوليد الأفكار الاسترخائية، وتخيل موقف سار، أو تخيل إرخاء العضلات (الاسترخاء العام) أو الاسترخاء بالتنفس، كل هذه الأساليب محققة للاسترخاء، ويمكن انتقاء ما يناسب المريض منها في تدريبه على الاسترخاء.

وبالنسبة إلى مخاوف المرتفعات فيجب أن تُراعى في السلم الهرمي حقيقة تزايد الخوف مع زيادة الارتفاع.

فالشخص الذي يخاف من الارتفاع تكون شدة خوفه من علو طابق واحد أقل من علو ثلاثة طوابق. أما الخوف من الأماكن المغلقة فيتناسب طرداً مع صغر مساحة المكان، أي أن الخوف يتزايد مع صِغر مساحة المكان المغلق.

كذلك نجد أن الخوف من الكلام مع الناس يتزايد طرداً مع تزايد العدد، وللسن علاقة بذلك. فالمرهوب من الكلام مع الناس يخاف الكلام مع ثلاثة أشخاص أكثر من الكلام مع شخص واحد، ويخاف الكلام مع الكبار في حين لا يخاف الكلام مع الأولاد، وقد يخاف من الغرباء وليس من الأشخاص الذين يعرفهم.

هذه الأمور كلها يجب أن تراعى عند إعداد السلم الهرمي للمواقف المجزأة المثيرة للخوف. ولا ننسى أيضاً أن الحركة تزيد من شدة الخوف في الارتفاعات جميعها.

وكما سبق وذكرنا، إن المُعِدَّ لمقياس التسلسل الهرمي لوحدات الخوف يتعين عليه دوماً أن يلتزم بفواصل زمنية للحوادث متقدمة تقدماً معقولاً.

أي بتعبير آخر: لا يكون ترتيب المواقف المتصاعد على السلم مختلفاً اختلافاً كبيراً في قدرتها على إثارة القلق، بحيث أن التقدم في إزالة الخوف على هذا السلم يتعثر عند الانتقال من موقف أقل قوة إلى موقف أكثر قوة في إثارة الخوف، لأن المريض قد يتعزز عنده الخوف بدلاً من أن يضعف، **أي يُصاب بإشراط مستويات قلق عالية، نتيجة تعرّضه لقلق شديد مُثار.**

ففي الرهاب مثلاً، حيث يتزايد القلق مع تناقص المسافة الفاصلة بين المرهوب والمنبه المثير للخوف، تؤثر التبدلات الصغيرة في البعد الفيزيائي على القلق مع تزايد الاقتراب من المنبه المثير للخوف، بينما نجد العكس في رهاب الساح والارتفاعات حيث نجد أن الخوف هنا مرتبط بعدد الأشياء. فالزيادة البسيطة في العدد تبدو أكثر قوة في إثارة الخوف من أعداد قليلة في الأشياء أو البشر.

وكما ذكرنا، إن الفواصل بين المواقف على السلم تكون مقبولة عندما تتراوح إثارة القلق بين ٥ ـ ١٠٪ في الزيادة بين موقف وآخر. ولكن إذا اتضح أنه يوجد بين البند رقم ٨ و ١٠ حوالي ٤٠ درجة مئوية، حينئذ لا بد من العثور على بنود وسيطة لتجعل الفرق بين البند والذي يليه في الحدود السوية (أي من ٥ ـ ١٠ درجات).

ولنضرب المثال التالي لتوضيح مشكلة إعداد السلم:

سيدة عمرها ٤٢ سنة، عانت من كابوس الخوف من السفر بمفردها مدة ٢١ سنة تقريباً. وكان جوهر خوفها الشالُّ يكمن في ابتعادها عن بيتها وحدها. كان يمكن بالطبع التعامل مع هذا الخوف وهي في السفر، إلا أن حساسيتها كانت شديدة، كما أن الشعور بالوحدة والعزلة من الصعب

تحديدهما عكساً أي بالمسافات.

وكان من الممكن الحصول على سيطرة أفضل على ردود أفعالها من خلال اللجوء إلى استخدام المصعد الكهربائي وسيلة أو أداة لتقدير ابتعادها عن العالم المحيط بها.

ولذلك تمَّ وضع البنود (المواقف) الضعيفة على سلم التسلسل الهرمي على أساس مصعد كهربائي مفتوح تماماً بحيث تصعد فيه تلقائياً بدءاً من الأرض حتى الرقم ١٠٠.

بعد ذلك تم «وضعها» تخيلياً في مصعد له نافذة تبلغ مساحة فتحتها قدماً واحداً مربعاً. ومن ثم كان التتابع التالي: تصعد بنافذة فتحتها ٩×٢ أنش، وبعدها تصعد بنافذة فتحتها ثقب مساحته إنشان مربعان وأخيراً مصعد لا نافذة فيه معتم تماماً.

ثم جاء دور عملية إزالة التحسس، وفقاً للبنود المذكورة بمصعد مختلف الفتحات. بعدئذٍ، وعلى سلم أخر، تمّ تحديد زيادة متصاعدة في قدرتها على السفر بعيداً عن بيتها تخيلياً، والتعامل مع هذا السفر المتباعد عن الدار تخيلياً أيضاً.

ثم تمَّ إعداد سلسلة جديدة أحاطت بالمنبهات الإشراطية بالقلق الخاص بالرحلات بضروبها المختلفة.

وهكذا نجد أنه تم التعامل مع هذا الخوف بثلاثة سلالم هرمية.

مثال آخر: الخوف من اضطرابات نظم القلب. يكون إعداد السلم الهرمي وفق الفواصل المئوية في الاضطرابات المبنية على السلم، بدءاً من درجة الخوف ٨٠٪ وهي اضطراب نظم القلب تنازلياً.

١ ـ اضطراب نظم القلب (٨٠).

٢ ـ آلام شديدة في الصدر والبطن (٧٠).
٣ ـ آلام في الظهر والكتف الأيسر (٦٠).
٤ ـ ألم في ذروة الرأس (٥٥).
٥ ـ طنين في الأذن (٥٠).
٦ ـ خدر حسي أو ألم في أصابع اليد (٤٠).
٧ ـ ضيق تنفس عند القيام بجهد (٣٠).
٨ ـ رجفة في اليدين (٢٠).
٩ ـ ألم في اليد اليسرى، إصابة قديمة (١٠).
١٠ ـ تخيل منظر سار ∴ .

اعتبارات كميّة

هناك اختلاف كبير في عدد المواضيع، وعدد المشاهد، وفي عدد التقديمات (التعريض) التي تقدم في جلسة إزالة التحسس، إلا أن الجلسة الواحدة الفردية تستهلك **أربعة مقاييس** عموماً، ولا يوجد جلسة واحدة تستغرق أكثر من ذلك، كما أن **ثلاثة أو أربعة تعريضات** للمشهد الواحد تكون كافية لتخفيض وحدات القلق على هذا المشهد إلى الصفر. ولكن هذا لا يمنع في بعض الأحيان من تكرار التعريض عشر مرات أو أكثر للمشهد الواحد حتى تنخفض قوته التخوفية إلى مرتبة الصفر. أما إجمالي عدد المشاهد فهي منوطة عادة بالوقت المتوافر، وبتحمُّل المريض أيضاً. إلا أن الوقت يتزايد عموماً مع استمرار العلاج، بحيث أن كامل الجلسة تخصص لإزالة التحسس. ففي المرحلة الأولى من العلاج قد تستغرق الجلسة ٨ ـ ١٠ تعريضات (أي مواقف)، وفي المراحل المتقدمة من العلاج تغطي الجلسة من ٣٠ ـ ٥٠ تعريض. أما مدة الجلسة فهي من ١٥ ـ ٣٠ دقيقة. وقد أفادنا كل من ولبين Wolpin وبيرسال Pearsall

(١٩٦٥) أنهما استطاعا إزالة شأفة رهاب واستئصالها بجلسة إزالة تحسس واحدة، استغرقت ٩٠ دقيقة (ساعة ونصف).

هذا وبينما تكون القواعد العامة التي ذكرناها هي الناظمة عند معظم المرضى، هناك قلة من الأفراد يُظهرون قلقاً واضحاً حتى في القلق الخفيف المُثار في المشهد الواحد، وقد يستغرق تخفيض هذا القلق في مرتبة واحدة على السلم جلسة علاجية كاملة.

ويحدث استمرار القلق أيضاً لدى المرضى إذا واجهناهم بمشهد مزعج جداً. وفي هذه الحالة يتعين على المعالج إيقاف الجلسة.

وعموماً تبلغ مدة تعريض المريض لمشهد واحد من ٥ إلى ٧ ثوان، وهذه المدة تختلف حسب اختلاف الظروف. ويتعين إيقاف التعريض للمشهد بسرعة **إذا ما أظهر المريض قلقاً شديداً.**

وحينئذٍ يقتصر التعريض على مدة أقصر **أي مدة ثانية أو ثانيتين**. ثم إن المدة الزمنية بين المواقف تختلف، وتكون هذه المدة عادة بين ١٠ - ٣٠ ثانية. ولكن في حال أظهر المريض اضطراباً غير عادي بالنسبة إلى المشهد السابق، يمكن تمديد المدة الزمنية حتى إلى دقيقة أو أكثر، حيث يُعطى الإيحاءات خلالها حتى يسترخي ويهدأ.

أما عدد الجلسات التي يحتاجها المتعالج، فهذا يتوقف على عدد المشاهد المرصودة (المواقف) على المقاييس الهرمية، والضرورية لإزالة مجموعة مخاوفه. والعوامل المحددة لذلك هي عدد مجموعة المخاوف، وشدة كل موقف، ودرجة التعميم، أو علاقة المنبهات المرتبطة في كل حالة من المجموعات. وقد نجد مريضاً يُشفى بست جلسات تحسس، **بينما يحتاج مريض آخر إلى مئة جلسة أو أكثر، وذلك حسب أنواع وتعدد المخاوف التي يشكو منها.**

فهناك مريض يخاف من الموت وحده احتاج إلى حوالي ٢٠٠٠ تعريض لإزالة التحسس. أما الفواصل الزمنية بين الجلسات، فهذا لا يقع ضمن إشكالات وقيود علاجية خاصة، وعموماً تكون الفواصل بحدود جلسة أو جلستين أسبوعياً، ويمكن أن يكون الفاصل الزمني بين جلسة وأخرى عدة أسابيع، أو أن تعقد يومياً.

في بعض الأحيان، بعد انتهاء العلاج بإزالة الخوف الرهابي، نلاحظ وجود رواسب ردود الفعل التخوفية (بقايا) الضعيفة الظاهرة، وهذه يمكن إزالتها بفعل قوة الانفعالات المثبطة التي تصدر عن الفرد تلقائياً خلال سير الحياة اليومية العادية (الفعالية الذاتية).

وقد يطرأ تبدل ضعيف جداً بين الجلسات العلاجية. فأثناء معالجة حالة من حالات رهاب الأماكن المغلقة الشديدة القوة، ظهر تحسن واضح ولكنه غير تام بعد سلسلة من الجلسات الأولى. وهذا التحسن الناقص ظلَّ على حاله خلال فاصل زمني مقداره ثلاث سنوات ونصف من الانقطاع عن العلاج. وبعد هذه المدة بوشر في العلاج مرة ثانية فقادت الجلسات إلى إزالة هذا الرهاب نهائياً.

ويعود فشل جلسات إزالة التحسس عادة إلى الأمور التالية:

١ ـ صعوبة الاسترخاء عند المتعالج.
٢ ـ المقاييس الهرمية غير المناسبة في الأعداد.
٣ ـ القصور في تخيل المشاهد تخيلاً حياً واضحاً عند التعريض.

وعند صعوبة الاسترخاء يمكن مساعدة المريض بإعطائه دواء ديازبام (ڤاليوم) قبل ساعة من الجلسة العلاجية، وأحياناً تزاد الاستجابة الاسترخائية باللجوء إلى التنويم (رفع اليد).

الفصل التاسع

الأساليب المختلفة لإزالة التحسس

إذا لم تُجدِ تقنية إزالة التحسس المنهجي الكلاسيكية في إزالة الاستجابات العُصابية عند بعض المرضى، فلا بد حينئذٍ من اللجوء إلى بدائل أخرى من التقنيات العلاجية السلوكية القائمة على تثبيط معاكس للاستجابات العُصابية اللاتكيُّفية.

ويمكن تقسيم الأشكال الأخرى من تقنية إزالة التحسس المنهجي إلى ثلاثة تصانيف:

١ ـ التصنيف الأول: الأساليب التكنيكية.
٢ ـ التصنيف الثاني: الاستجابات البديلة المناهضة للقلق المستخدمة مع المنبهات التخيلية.
٣ ـ التصنيف الثالث: الطرق التي تتضمن استخدام المنبهات الحقيقية المثيرة للقلق.

ولنشرح الآن كل تصنيف من التصانيف المذكورة.

أ ـ الأشكال التكنيكية

يقوم جوهر هذه الطريقة في إزالة التحسس على عرض المنبهات المتدرجة في الشدة على المريض المسترخي عرضاً ميكانيكياً آلياً،

باستخدام مسجلة الصوت والأشرطة الصوتية. وهذه الطريقة تستخدم في العلاج الفردي والجماعي.

فالرهاب من الأفاعي مثلاً يمكن إطفاؤه بالتطبيق التالي:

يُستخدم شريطان صوتيان بواسطة مسجلتين، وتُسجل على أحد الشريطين ـ بالتسلسل الهرمي ـ المواقف المنتظمة التي يُراد إطفاء إثارتها المخوفة Hierarchy Items، أما الشريط الثاني فيحتوي على تمرين الاسترخاء. ويعمد المريض إلى ضبط الأزرار والمفاتيح المسيطرة على المسجلتين لسماع تعليمات الاسترخاء، وتكرار الموقف، وإيقاف التعريض للمشهد. وقد طور ولبي هذه الطريقة (١٩٦٧) مستخدماً مسجلة واحدة بدلاً من اثنتين لعلاج مريض يبدي اضطراباً شديداً إزاء سلوك يفسره أنه استخفاف بشخصه أو سلوك رفض ولا سيما أثناء التحدُّث أمام الناس (خوف اجتماعي).

وفي هذه الحالة عمد المريض نفسه إلى تسجيل تعليمات الاسترخاء، وبنود المواقف القلقية الهرمية المتدرجة في الشدة وفق إرشاد معالجه، ثم نقل مسجلة الصوت إلى داره، وتمكن بجهده الشخصي من إزالة خوفه بسبع جلسات. وظلَّ محافظاً على نجاح العلاج بمتابعة دامت سنتين.

أما الطريقة الجماعية في هذه التقنية، فتتلخص في جمع المرضى الذين يعانون من الرهاب نفسه بعد تدريبهم على الاسترخاء، وتعريضهم للمواقف بالآلة الصوتية، وفق منحدرات هرمية للوحدات المثيرة للخوف، حتى لو كانت غير متطابقة بينهم، شريطة أن يتأكد المعالج أن المشهد التخيلي الواحد لم يعد يثير القلق عند أي من المرضى، قبل انتقاله إلى الموقف الذي يليه. إن العلاج الجماعي بهذه الطريقة يُوفر الوقت، مع

العلم أن أفضل النتائج التي نحصل عليها في هذا الأسلوب العلاجي هي في المخاوف البيشخصية (الاجتماعية).

ويمكن أن يتمَّ العلاج الجماعي بأن يتخيَّل الأفراد المواقف المدرجة على السلم الهرمي بعد تدريبهم على الاسترخاء. ففي هذه المخاوف يتخيل كل فرد منهم أنه يتكلم مع شخص واحد، ثم مع شخصين، ثم مع ثلاثة أشخاص، وذلك بعد إطفاء الخوف في كل موقف من هذه المواقف.

إن الأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي هي التكرار السلوكي Behavioral rehearsal، وإزالة التحسس التخيلي، ومحاكاة نموذج معين Modelling.

ب ـ الاستجابات البديلة المعاكسة للقلق المستخدمة مع المنبهات التخيلية

(أ) الاستجابة المُثارة من قبل المعالج

سبق وذكرنا أن المقابلة الإكلينيكية العلاجية هي ذاتها تثير عند الكثير من المرضى استجابات انفعالية سلبية وأخرى إيجابية. فالاستجابات السلبية تأخذ صورة القلق، والإيجابية تكون مزيجاً من التوقعات المؤملة والثقة بالمعالج، وترتبط أيضاً بالغرف العلاجية. ويطلق التحليل النفسي على مجموع هذه العواطف اسم: «التحويل الإيجابي» Positive Transference نحو المعالج، بدون أن يكون في مضمون هذا التحويل صورة الأب.

ومثل هذه الاستجابات الانفعالية الإيجابية من شأنه أن يثبط عند المريض القلق الذي يُثار بالتعبير الكلامي خلال المقابلة العلاجية. فالمقابلة المثيرة للانفعالات هي أساس نجاح العلاج في الأنماط الأخرى من المعالجات غير السلوكية. (Eysken 1956).

ومما لا شك فيه أن المعالجين السلوكيين يمكنهم الاستفادة من هذه الاستجابات الإيجابية المناهضة للقلق بما يعادل الإفادة من البلاسيبو.

وعموماً، لا تكون الانفعالات المثارة من قبل المعالج مقصودة ونموذجية في تأثيراتها، إلا أنه يمكن جعلها نموذجية في الاستخدام. فالأفراد الذين يعجزون عن تعلم الاسترخاء، أو الذين يخافون من إحساسات الاسترخاء التي تنتابهم (الشعور بالثقل أو بالخفة أو بالخدر الحسي الخ...) يكون لاستمرار عرض المشاهد التخيلية عليهم بتسلسلها الهرمي قيمة، على أمل أن المشاعر التي يثيرها المعالج تظل مثبطة للقلق، وهذه المشاعر هي الأساس على ما يبدو في إزالة التحسس الناجح بدون استرخاء. وقد تلعب مثل هذه المشاعر الإيجابية دوراً مهماً في إزالة التحسس ميدانياً Vivo.

(٢) بدائل الاسترخاء

هناك العديد من الأساليب التي تنتج التأثيرات ذاتها للجملة العصبية الإعاشية Autonomic effects في تحقيق الهدوء الذاتي على غرار ما نراه في الاسترخاء العضلي. وهذه الأساليب هي:

التدريب على توليد الأفكار Autogenic Trainy، والتأمل واليوغا، والتغذية البيولوجية الراجعة Biofeedback. وهذه التقنيات سنشرحها بتوسع في مقرر التغذية البيولوجية الراجعة.

(٣) الاستجابات الناجمة عن الإثارة الكهربائية

أولاً ـ إزالة التحسس القائمة على تثبيط القلق باستجابة حركية إشراطية:

سبق ورأينا في تجارب العلاّمة «ولبي» أن إنهاء الصدمة الكهربائية

لحظة يقفز حيوان التجربة (الجرذ) إلى الأعلى (أي عندما ينفذ استجابة حركية) **يُحدث عند الحيوان كفاً إشراطياً للاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاشية المُثارة في الوقت نفسه بفعل الصدمة الكهربائية.**

وعلى المستوى الإكلينيكي، وجد أن توجيه صدمة كهربائية على يد المريض وهو يتخيل موقفاً مثيراً للخوف يؤدي إلى عَطف اليد (ثني الذراع) أي تثبيط القلق التخوفي. وهذا يمكن تطبيقه لإزالة المخاوف المدرجة على السلم الهرمي بديلاً عن الاستجابة الاسترخائية.

ويحدثنا الدكتور ولبي عن أسوأ رهاب شاهده، وتمكن من علاجه بالطريقة التي ذكرناها. فقد احتاج المريض من ١٥ إلى ٢٥ مرة ثني الساعد **بالصدمة الكهربائية الخفيفة الشدة** حتى خُفضت استجابة الخوف إزاء المنظر الذي يتخيله المريض إلى الصفر في الشدة. فالنشاط العضلي الحركي هنا كان فاعلاً في إضعاف استجابة القلق.

ثانياً: الكفُّ الخارجي External Inhibition

تُلخص هذه التقنية بالتالي:

يتم (إحاطة) تطويق ساعد المريض بضمادين من الشاش المبلل بمحلول ملحي بعرض واحد ونصف إنش، أحدهما يوضع فوق المعصم والثاني على مسافة أعلى من الأول بثلاثة إنشات تقريباً، ويثبت كل ضماد بممسك معدني مطلي بالكروم المانع للصدأ، ومتصل بمنبع كهربائي - بطارية جافة قوة ٩٠ ڤولت، مخرجها Output خاضع لسيطرة مقاوم استطاعته ٥٠ ألف أوم (يمكن اسخدام أقطاب فضة بدلاً من الضمادين). وعندما يضغط المعالج على مفتاح لمدة نصف ثانية يتم توليد نبضات كهربائية Electrical pulsation، ويشعر المريض بالتيار الكهربائي عند الضغط على المفتاح بدون انزعاج أو نفور، وذلك من خلال تعديل قوة

التيار. وفي بعض الحالات يكفي مقدار ضعيف من النبضات الكهربائية. وأحياناً أخرى لا نحصل على التأثيرات المطلوبة إلا بمنبه كهربائي قوي يكفي لإحداث تقلص عضلي قوي في عضلات الساعد.

وقد اتضح في كثير من الحالات أن المريض الذي يشكو من قلق منتشر يكفي إعطاؤه جرعة كهربائية مقدارها من ٨ ـ ١٠ نبضات في الدقيقة كي يتم إضعاف القلق تدريجياً. ففي خلال ٢٠ دقيقة يمكن إيصال وحدات المواقف القلقية المرصودة على السلم الهرمي من درجة قوة ٦٠ إلى الصفر في بعض الأحيان. بعدئذٍ، وما إن نصل إلى التنبيه الكهربائي المناسب نبدأ بعملية إزالة التحسس. وفي بادىء الأمر يتم تعريض المريض إلى مشهد ضعيف جداً، مرصود على السلم الهرمي لوحدات القلق (تخيلياً) مرة أو مرتين، وذلك لتحديد العدد الرقمي لشدة القلق الذي يثيره هذا التخيل للموقف. وحالما يصبح المشهد واضحاً في خيال المتعالج يشير بإصبعه، وفي هذه اللحظة الحاسمة يوجِّه المعالج صدمتين كهربائتين قصيرتين بقوة محددة ومعينة مسبقاً، وبفاصل زمني مقداره ثانية واحدة بين الصدمة الأولى والثانية. وبعد خمس ثوان يطلب إلى المريض أن يتخيل المنظر ثانية، فيرفع المتعالج إصبعه إشعاراً بتخيل المنظر جيداً، فيعرضه المعالج إلى صدمتين أخريين كما ذكرنا. وبعد سلسلة من ٥ ـ ٢٠ تعريضاً مقروناً بصدمات كهربائية من هذا القبيل، يتمُّ تعرف ردِّ فعله التخوفي بعد التعريضات المتلاحقة من التخيل المقرون بالنبضات الكهربائية في ساعده ثم يلي ذلك تعريضه للمنظر التخيلي بدون توجيه نبضات كهربائية لمعرفة درجة زوال خوفه من المنظر.

وقد عالج ولبي امرأة تشكو من رُهاب قيادة السيارة بمفردها. فعندما عولجت بأسلوب إزالة التحسس المنهجي أصابت تحسناً واضحاً

وثابتاً ولكن بصورة بطيئة، إلى أن تمكنت من قيادة السيارة بمفردها ثلاثة أرباع الميل بدون الشعور بأي انزعاج، إلا أنها تعرضت لحدث سبب لها الانزعاج على بعد نصف ميل من منزلها فانتكست.

إذ ذاك قرَّر ولبي تبديل العلاج بإزالة التحسس بتقنية التثبيط الخارجي. وعندما وجد أن توجيه تيار كهربائي خفيفِ الشدةِ لم يكن فعالاً في إزالة خوفها من قيادة السيارة، رفع قوة الصدمة إلى درجة كافية تسبب لها تقلص عضلة الساعد بينما كانت تتخيل ذاتها في مكان محرج مزعج على بعد نصف ميل من منزلها، الأمر الذي أضعف قلقها. ومع تكرار تخيُّل المنظر ٢٠ مرة وتوجيه صدمة كهربائية، تناقص قلقها إلى درجة الصفر. ثم عمد إلى تكرار هذا الأسلوب بالنسبة إلى ثلاثة أرباع الميل الباقية فتحررت من القلق. فتطبيق هذه التقنية أعطى نتائج أسرع من تقنية إزالة التحسس المنهجي الكلاسيكي.

(٤) الاستجابات المثارة بالتخيل المُصنَّع بوساطة الكلام

يمكن أن نخلق مثل هذه الاستجابات المثبطة للقلق والمخاوف بثلاث طرائق: **التخيل العاطفي** Emotive Imagery، **والغضب المستثار** Induced Anger، **والإيحاء المباشر** Direct Suggestion.

أ ـ التخيل الانفعالي أو العاطفي

أول من ابتدع هذه الطريقة لازاروس وأبراموزيتس (١٩٦٢) وتتلخص بعرض المنبهات الهرمية المتسلسلة على المريض في موقف تخيلي تثير فيه العناصر الأخرى استجابات معاكسة للقلق. ولتوضيح ذلك نضرب الحالة العلاجية كمثال:

عالج العالمان مريضاً يبلغ من العمر ١٢ سنة ويخاف من الظلام.

وكانت الغرفة التي ينام فيها مع والدته تضاء بنور خافت، لتبديد الظلمة. وتبين للعالمين أن الولد يخاف بصورة خاصة من الحمام، فلا يجرؤ على دخوله إلا بصحبة أحد أفراد أسرته. وفشلت تمارين التدريب على الاسترخاء في إضعاف خوفه. وكان الولد مولعاً بمسلسلين إذاعيين؛ مسلسل سوبرمان، ومسلسل آخر اسمه «كابتن سيلفر». فطُلب إليه أن يتخيل أن الرجل سوبرمان وكابتن سيلفر عيّناه عميلاً سرياً لهما. وجرى العلاج على الصورة التالية:

قال له المعالج: الآن أرغب في أن تغمض عينيك[1] وتتخيل أنك تجلس في غرفة الطعام مع والدتك ووالدك. إن الوقت في الليل وها أنت تتلقى إشارة من مذياع مربوط في معصمك أن الرجل السوبرمان يطلبك، وعليك أن تنهض وتتوجه إلى غرفة الجلوس لأن مهمتك سرية ولا يجب أن يعرفها أحد. هناك ضياء خافت صادر من الدهليز يضيء الغرفة قليلاً. الآن تخيل أنك تجلس مع السوبرمان والكابتن سيلفر وحدكم في غرفة الجلوس. تخيل ذلك بوضوح تام. إذا كان هذا التخيل يزعجك ارفع يدك اليمنى.

ومع الاستمرار في عرض هذا التسلسل للمشهد التخيلي حتى نهايته، على الطفل أن يكون مطلق الحرية في إعطاء إشارة كلما شعر بالخوف، فيُعاد حينئذٍ تعريضه تخيلياً للمشهد الذي يقلقه مراراً وتكراراً، بطريقة تأكيدية، أو بتعديله ليكون أقل إثارة للتهديد. وفي نهاية الجلسة الثالثة تمكن الولد من تخيل أنه موجود بمفرده في الحمام المظلم الخالي

---

(١) لمزيد من الشرح راجع كتاب: العلاج النفسي بقوة التخيل، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار النشر للمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب في الرياض.

من أي إضاءة بانتظار تلقي تعليمات من السوبرمان، وبذلك أمكن تبديل سلوكه التخوفي.

واتضح بعد متابعة علاجية دامت أحد عشر شهراً أن ما حصله الولد من نجاح علاجي استمر على حاله من غير ضعف أو انتكاس.

وقد استخدمت هذه التقنية مع الكبار. فطلب على سبيل المثال من رجل يشكو من رُهاب المطاعم أن يتخيل ذاته وهو يجلس في المسرح (في الصف الخلفي في بادىء الأمر) يشاهد مشهداً استعراضياً نسائياً عارياً. فثبطت الإثارة الجسدية الجنسية استجابة القلق الضعيفة، وكأن هذا التثبيط للقلق من الأماكن المغلقة البداية لبرنامج إزالة الإشراط التخوفي.

ب ـ الغضب المُستثار

ابتدع هذا الأسلوب غولدشتاين، وسربر، وبياجة (١٩٧٠)، وكان ناجحاً فعالاً في ست حالات من أصل عشر. ويقوم هذا الأسلوب على قرن التخيل المثير للغضب من قبل المريض (المتزايد وبسلوك لفظي وحركي) مع المشاهد المتخيلة المثيرة للخوف (أو المنبهات الحقيقية في غرفة العلاج). وفيما بعد يستخدم المريض الصور التخيلية لإثارة غضبه، بصورة متزامنة مع مواقف الحياة الحقيقية المثيرة لخوفه والتي تصادفه تلقائياً. والحكمة في هذا القرن بين الغضب والخوف في هذا النوع من العلاج أن **المريض يصبح غضوباً وليس خائفاً. فالمريض بهذا الموقف يصبح غير مَعنيٍّ ولا مكترث بالمنبهات المزعجة**. وهذا ما يدعم وجهة النظر القائلة إن العمليات الجوهرية هي في إشراط كفٍّ استجابات الخوف نحو المنبهات الخارجية.

جـ ـ الإيحاء المباشر

وصف لنا روبين Rubin (١٩٧٢) شكلاً آخر من إزالة التحسس

يقوم على أسس استثارة استجابات متنوعة غالباً ما تتضمن خلق حالة **استرخاء بوساطة إيحاء لفظي قوي**. فالاستجابات الإيحائية المعاكسة للقلق هي السمة الأساسية لهذه التقنية. وتبدو هذه التقنية في التطبيق على الشكل التالي:

يطلب روبين من المتعالج ألاّ يتخيل المنظر المطلوب إلاّ بعد إعطائه إشارة. وتُعرض المشاهد التخيلية على المتعالج بدون التقيد بتسلسلها ومراتبها على السلم الهرمي. إلا أن المشهد الأضعف إثارة للقلق هو الذي يُنتقى إذا اتضح أن المشهد الآخر بدا مزعجاً جداً. ونفهم هذه التقنية في التطبيق من خلال سياق الحالة التالية:

امرأة عمرها ٣٦ سنة تشكو من ردود فعل قلق إشراطية نحو مواقف مختلفة، ومن ضمنها الجلوس على طاولة العشاء، ووضع مواد التجميل على وجهها، وقيامها بالعمل، والذهاب إلى صالات التجميل (مخاوف متعددة). وقد تشعبت هذه المخاوف وانتشرت خلال سنتين عندما صارت أسيرة رجفان يديها بينما كانت تتناول القهوة في المطعم، لحظة شعرت بتشنج أصابها في رقبتها من المنطقة الخلفية القحفية.

وتجدر الإشارة إلى أن والدتها أصيبت بسكتة دماغية قبل خمس سنوات، نجم عنها حدوث حُبسة كلام Aphasia. فربطت المريضة بين تشنج رقبتها والسكتة الدماغية، وأصبحت متخوفة من إصابتها بما أصاب أمها.

وإليك ما قال لها روبين بعد أن أوضح لها أن الإشراطات المنتشرة المتلاحقة حدثت لها بفعل خبرة القلق الأولى، أي الخوف من تشنج الرقبة، وتأويلاتها الخاطئة لهذا التشنج بربطه بمرض والدتها:

«الآن سأصف لك سلسلة من المشاهد. عليك أن تنصتي باهتمام إلى ما أصفه لك، ولكن لا تحاولي أن تتخيلي أي شيء إلى أن أعطيك الإشارة بذلك بالعدِّ حتى الرقم ثلاثة. وعند التخيل عليك رفع أصبعك، وخفض الأصبع عند إنجاز التخيل.

أول مشهد أرغب أن تتخيليه هو أثناء جلوسك إلى الطاولة في المطبخ لتتناولي طعامك. لقد أعْدَدتِ طعاماً شهياً وأنت متضورة جوعاً. وعندما جلست لتتناولي اللحم الشهي شعرتِ بالراحة وبمشاعر سارة في الاستمتاع بالطعام اللذيذ وبالاسترخاء. أنت الآن غير قلقة، وغير مهتمة بأي قلق. قد تشعرين ببعض الألم والانزعاج خلف رقبتك وفي رأسك ومع ذلك لا تأبهين كثيراً لهذا الألم. إنك في حالة جيدة. إنها لمشاعر سارة حقاً جداً الجلوس إلى الطاولة لتناول الطعام اللذيذ، والاستمتاع بالاسترخاء.

عندما أعدُّ حتى العدد ثلاثة ابدئي بالتخيل وارفعي أصبعك اليسرى إشعاراً ببدء التخيل. لا تخفضي أصبعك إلا إذا انتهى التخيل الذي وصفته لك..

وطالما أن المريضة تشير إلى تخيل مرضٍ، فإن الوصف التخيلي التصنيعي، الذي ذكرنا نبذة عنه بغرض الإيضاح، يتزايد ويتنمق بالصورة المريحة الاسترخائية الموحية بالاطمئنان، والمعاكسة للقلق. وهنا يُحِسن ذكر المزيد من المشاهد الوصفية التخيلية المطروحة على المتعالجة والمرتبطة باستخدام مواد التجميل، والخوف من العمل، والخوف من زيارة بيوت الآخرين وتناول الطعام فيها، وأيضاً تناول الطعام في المطاعم وغير ذلك من المواقف التي تثير القلق.

«أنت تذهبين إلى صالون التجميل، أنتِ متآلفة مع المكان، تدخلين إليه فتشعرين بمشاعر الاسترخاء الكبير والراحة الجمة. أنا أعرف عندما أذهب إلى الحلاق أنها فرصة لي لأسترخي، وفي أكثر الإحيان أشعر بالوسن، وفي بعض الأوقات قد أشعر بالألم في رأسي فهذا إن حدث لا يزعجني ولا يخيفني. وهذا بالضبط ما أشعر به.

الآن عندما أعطيك الإشارة المناسبة، أرغب في أن تتخيلي ما وصفته لك في صالون الحلاقة. تشعرين بالألم في رأسك ورقبتك ولكن هذا لا يقلقك أو يزعجك... ولا يعرضك للسكتة الدماغية».

شاهد المعالج هذه المريضة أربع مرات، وقد تحسنت حالتها تحسناً ملحوظاً وتمكنت من العودة إلى ممارسة عملها.

إن النموذج الكلاسيكي للعلاج التنويمي الذي يقوم على الإيحاء المُضعف للأعراض، والذي يعتمد اعتماداً كبيراً على الإيحاء بعد التنويم هو طريق مضلل لا يوصل إلى تبديل السلوك، لذا فإن تقنية روبين التي ذكرناها طرحت الاستجابات الإيحائية المباشرة المناهضة لاستجابات القلق.

د ـ استجابات النشاط البدني المعاكسة للقلق

نقصد هنا إزالة التحسس من القلق من خلال ممارسة النشاطات البدنية كالقراءة مثلاً، أو الحركات والتدريبات الشرقية مثل الكاراتيه وغيرها. وقد وجد فارمر Farmer ورايت Wright أن النشاط العضلي الممارس بذاته يمكن استغلاله واستثماره لإزالة القلق، كما سنرى في المثال التطبيقي التالي.

مريض يعاني من القلق لمراقبته الدائمة لضربات قلبه، ولم ينجح

معه العلاج الكلاسيكي بإزالة التحسس، كما فشلت تقنية التثبيط الخارجي في إزالة هذا القلق، فلجأ المعالج إلى **وصف القراءة له**، فتحسنت حالته في إزالة خوفه من ضربات قلبه.

وهناك طريقة أخرى تدخل في هذا التصنيف هي إزالة احتباس الهواء في الرئة التي ابتدعها أوروين Orwin (١٩٧١). ويُطلب إلى المتعالج حبس الهواء في صدره بالقدر الذي يتحمله إلى الحد الذي يعطي خلاله إشارة بإصبعه إلى المعالج مبيناً أنه لم يعد قادراً على الاستمرار. في هذه اللحظة بالذات يُعرَض على المتعالج المنبه المخوف الواجب أن يتخيله (أي قرن الانزعاج من حبس الهواء مع العنصر المخوف)، ثم يستعيد المتعالج بعدها تنفسه الطبيعي. فضيق التنفس والانزعاج يعاكس عنصر القلق فيطفئه أو يضعفه (أي معاكسة القلق الأصلي بانزعاج مضاد أقوى منه). وأفادنا أوروين أنه عالج بهذه الطريقة ستة مرضى يشكون من رهاب عاشوه طوال حياتهم، فتحرروا منه بسرعة مثل رهاب العناكب وغيره.

هـ - التثبيط الفارماكولوجي للقلق بواسطة الغاز

إن الفعالية القوية المضادة للقلق لمزيج الأكسجين مع ثاني أوكسيد الفحم أضحت تقنية موثوق بها في التعامل مع عادات قلق نوعية.

وأفادنا فيلبوت Philpott (١٩٦٧) أنه تمكَّن من إزالة التحسس لمواقف قلق رُتبت ترتيباً هرمياً من خلال عرض هذه المواقف تخيلياً على المريض تعريضاً متزامناً مع استنشاق المريض لمزيج هذا الغاز الذي يحدث له درجة متوسطة من فرط التهوية الرئوية لعدةٍ ثوان (تثبيط الخوف باستجابة انزعاجية)، وحصل ولبي على نتائج مرضية في تطبيقه الواسع لهذه التقنية في علاج اضطرابات القلق عموماً.

(٥) الطرق التي تستخدم المنبهات الحقيقية المثيرة للقلق

عندما لا يمتلك المرضى القدرة على التخيلية المناسبة لإخضاعهم إلى تقنية إزالة التحسس المنهجي، فلا بد والحالة هذه من تعريضهم إلى المواقف المثيرة للخوف كما تبدو في الحياة، أو تعريضهم لصور (أفلام) تمثل هذه المواقف، أو الطلب إليهم تقليد سلوكيات نموذجية مناهضة للخوف ينفذها أحد الأشخاص.

نسمي الطريقة الأولى إزالة التحسس بالتعريض الميداني الواقعي Vivo disensitization، ويتعرض فيها المريض إلى منبهات واقعية متدرجة القوة في إثارة القلق، وهي مماثلة في التطبيق والتكنيك لأسلوب إزالة التحسس المنهجي بالتخيل. والطريقة الثانية نسميها محاكاة أو تقليد أسلوب نموذجي Modelling، ويقلد فيها المريض سلوك شخص لا يخاف من الموقف الذي يخاف منه المريض.

وفي تطبيق إزالة التحسس الميداني لا بد للمريض، الذي سبق وتمت إزالة خوفه عن طريق التخيل، من تعزيز إزالة الخوف بتعريضه ميدانياً إلى الخوف كما يبدو في الحياة. فالشخص الذي يخاف قيادة السيارة على سبيل المثال، نطلب أن يقود سيارته إلى المسافة التي تمت إزالة الخوف منها عن طريق تخيل هذه المسافة.

ويبين لنا فريمان Freeman حالة شابة تخاف من القطط. طلب إليها أن تمسك قِطعاً مماثلة للون فراء القط. ثم عرَّضها إلى صور القطط، وتلى ذلك تعريضها لقطط مصنوعة (ألعاب)، وأخيراً عرَّضها إلى صغار القطط، ونقلها فيما بعد إلى قطط كبيرة، فأزال خوفها من القطط بهذا التدرج التعريضي (لاحظ التدرج التعريضي الميداني المماثل للتعريض التخيلي المتدرج).

وفي تقنية المحاكاة، يقوم فرد ما بالتعامل مع موقف يخاف منه المريض (وليكن قطة أو أفعى أو كلباً) فيعمل الأخير على مراقبة سلوك الأول وتنفيذ ما يفعله وبذلك تضعف مخاوفه.

مثالنا على ذلك الولد الذي يخاف من عيادة طبيب الأسنان، حيث يعالج الطبيب على الكرسي ولداً هادئاً لا يبدي استجابة تخوفية عند المعالجة (ولا سيما حفر الضرس)، ثم نطلب إلى الولد الذي يخاف العلاج ويشهد معالجة الولد الأول أن يقلده بسلوكه حينما يقعد على كرسي المعالجة. ويمكن أيضاً تطبيق هذه التقنية عن طريق التخيل (راجع كتاب العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل تأليف محمد حجار إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب حيث تجد أمثلة كثيرة جداً في تطبيق هذه التقنية).



الفصل العاشر

الأساليب التي تتضمن إثارة القلق الشديد

من المعلوم أن استراتيجيات إزالة التحسس المنهجية تثير استجابات تخوفية ضعيفة يمكن مناهضتها بالأساليب التي ذكرناها. أما الأساليب التي تثير القلق الشديد فهي على عكس الأولى حيث يتم فيها إثارة القلق الشديد، والعمل على تثبيطه باستجابات معاكسة.

نعدُّ من هذه الأساليب:

ـ التنفيس الانفعالي Olreaction الذي يتم فيه تحريض الاستجابات الانفعالية الراضة المخوفة بتذكرها وإبرازها إلى ساحة الوعي (الإشراطات العُصابية).

ـ الإغراق Flooding، وفي هذه التقنية يتم تحريض القلق الشديد إما تخيلياً أو واقعياً كما يبدو من خلال تعريض المريض له.

تنتمي استراتيجيات الإغراق إلى العلاج السلوكي لأنها تبدل السلوك المضطرب من خلال إثارة منبهاته. أما التنفيس فلا يعتبر من الناحية العملية تقنية علاجية سلوكية، لأنها تُعد بمثابة تفريغ للمحتويات الراضة النفسية المكبوتة، ولا يمكن **التنبؤ بنتائجه ولا بنتاجه** رغم أن الإغراق والتنفيس ينفذان بالإجراءات ذاتها.

١ ـ التنفيس الانفعالي

هو عبارة عن إثارة انفعال قوي مكبوت مصحوب بخبرة خوف راضة ماضية قوية.

ـ ويتبع بعض عمليات التنفيس تبدلات علاجية، بينما البعض الآخر منها لا يترتب عليها ذلك، هذا إذا لم تزد من سوء حالة المريض، لذلك لا يمكن ضمان نتائج هذه التقنية، نظراً لأنها استجابات فردية تختلف من فرد إلى آخر، ولا نعرف من الذي سيستفيد ومن الذي ستسوء حالته. والفائدة العلاجية لا تحدث من خلال تذكُّر الخبرات الراضة كما كان يظن في السابق، ولكن من خلال العلاقة النفسية العلاجية القائمة بين المعالج والمتعالج اللذين ينفذان التقنية في مكان آمِن. وأحياناً يحدث التنفيس تلقائياً من خلال تطبيق عمِلية إزالة التحسس المنهجية.

٢ ـ تقنية الإغراق

ذُكرت أول تجربة أصابت نجاحاً بواسطة هذه التقنية في كتاب اسمه «تجارب حديثة في علم النفس» للعلامة كرافتش ورفاقه عام ١٩٣٨، أجراها طبيب لم يذكر اسمه. وهذه التجربة هي التالية:

مريضة شابة كانت تخاف ركوب الحافلات إلا في الطرق المألوفة المطروقة، كماكانت تصاب بالضيق والكرب الشديد والخوف عندما تعبر الأنفاق والجسور.

وفي أحد الأيام أمرها طبيبها (وهو طبيب بشري) أن تركب السيارة من بيتها إلى مكتبه الواقع في مدينة نيويورك. كانت المسافة حوالي ٥٠ ميلاً. والطريق ذاته يمر عبر جسور وأنفاق طويلة. وصباح اليوم الذي ركبت فيه السيارة كانت في حالة جزع مع شعور بالغثيان والتعب. واستمر

الرعب الذي انتابها خلال سيرها في الطريق، ولكنه أخذ يتلاشىٰ ويضعف كلما اقتربت من عيادة طبيبها. وفي عودتها إلى دارها كانت الرحلة أقل إثارة لخوفها بل بدون اضطراب انفعالي. ومن خلال تكرار رحلاتها المكوكية من دارها إلى عيادة الطبيب وبالعكس بدا سفرها مريحاً وبدون خوف.

فالتعريض المستمر كان السبب في إطفاء هذا الرهاب.
وكما ذكرنا يكون التعريض تخيلياً أو ميدانياً أو الاثنين معاً.

إن المريض الذي يخاف من الرسوب في الامتحانات للعديد من الأسباب نطلب إليه أن يذكر هذه الأسباب، ثم يجلس ويتخيلها بأعلى حيويتها وسلبيتها، ومع تكراره لهذه التخيلات السلبية التعريضية، نرى أن خوفه من الامتحان قد ضعف إلى حد كبير. ويسمي ستابفل هذه التقنية «بالتفجير الداخلي Impolsive» ويعلل هذا الإطفاء للخوف أن المريض إذا ما تعرض بإلحاح وإصرار إلى مواقف المنبه المثير للقلق الإشراطي، مع عدم تعزيز القلق بمنبه غير إشراطي، فإن استجابة القلق سيصيبها الإطفاء.

ولتجنب الاحتمال السلبي للتعريض الذي قد يزداد فيه الخوف بفعل ارتباطه بمنبهات غير إفراطية، فإن الحكمة تقضي استخدام المنبهات المتوسطة المثيرة للشدة فقط، عند تعريض المريض لمدة طويلة نسبياً. ويتعين استمرار التعرض للمنبهات حتى تظهر بينة على تضاؤل القلق بوجودها، حيث تبرهن التجربة على أن التعرض الإغريقي أنتج تثبيطاً مضاداً لاستجابة القلق. فإذا صدف وتمَّ إبعاد المنبه المثير للقلق إبعاداً مبكراً حيث لم يتوافر الوقت حتى تظهر العملية المثبطة للقلق، فإن تناقص القلق الذي يلي إبعاد المنبه المثير للقلق من شأنه تعزيز القلق عادة. ومثل

هذا التعريض الناقص للمنبه هو السبب الرئيسي في ظهور مقاومة في وجه إطفاء العادات العصبية عند الإنسان والحيوان على السواء (ولبي ١٩٥٨).
والمثال التالي يوضح تقنية التعرض المتوسط الشدة، مبيناً أنها الأكثر تجاوباً ونجاحاً في عملية الإغراق:

امرأة تشكو من رهاب شديد مزمن من الطيور الميتة ومن الخفافيش. لم تنجح معها تقنية التعريض الإغراقي التخيلي كثيراً، لأنها لم تُثر درجة القلق إلى المستوى المطلوب، فقرر المعالج وبالاتفاق معها تطبيق الإغراق الميداني الواقعي.

جلست المريضة على الكرسي، وأُخذت عينة من دمها قبل إجراء التجربة العلاجية لمعرفة الخط القاعدي لمستوى الكوريتزول لمدة ساعتين (وريد مفتوح لأخذ العينات). وخلال ذلك أحضر طائران ميتان يحملان مواصفات تحريض الخوف لدى المريضة (طير أسود اللون، وآخر ذيال شبيه بالحجل).

ثم أُعلمت المريضة أن الطائر الأسود سيتم جلبه، وأُعطيت وصفاً لفظياً حياً لشكله، فأحدث لها هذا الوصف قلقاً، ولكنه لم يصل إلى مستوى الجزع. ثم طلب إليها المعالج أن تغمض عينيها أثناء إحضار الطير الأسود الميت المدلى برأسه إلى الأسفل ووضعه على بعد سبعة أقدام منها. ثم أوعز المعالج إليها أن تفتح عينيها وتنظر إليه، لكنها رفضت. وبعد دقيقتين رمقت الطير بنظرة خاطفة، فزعقت زعقة عالية وارتعشت، وأعلمت المعالج أنها لن تفتح عينيها ثانية. وبعد أن لاطفها المعالج قبلت أن تفتح عينيها، إلا أن الفزع أصابها مرة ثانية وبدرجة أكبر من المرة الأولى، فأبعد المعالج الطير ووضعه على مسافة عشرة أقدام، وهذا التصرف أعطاها الارتياح النسبي، إذ بعد نصف دقيقة فتحت عينيها

ونظرت إلى الطير مدة ثلاث ثوان، ولكنها صرخت واهتزت. بعد ذلك فتحت عينيها لفترات أطول، وفي المرة الخامسة تمكنت من أن تثبِّت نظرها على الطير وتتمعن فيه بدون إغلاق عينيها. ثم قرب المعالج المسافة وطلب إليها أن تتعامل مع الطير بمثل ما تعاملت معه في المرة السابقة، إلى أن وصلت المسافة إلى أقرب نقطة، حيث وضعت يدها على الطير في نهاية الأمر. ومن خلال مقارنة عينات الكورتيزول المأخوذة اتضح رجوع مستوى الكورتيزول إلى الخط القاعدي السابق الذي يؤكد انطفاء الخوف.

إن التدرج في التعريض مهم جداً من أجل الإضعاف المترقي لاستجابة القلق حتى لا تظهر مقاومة ضد الإطفاء والحصول على تبديل السلوك المطلوب.

ويحسن هنا أن نقيِّم العلاج الإغراقي بالتالي:

(١) العلاج الإغراقي هو إضافة مهمة لتقنيات العلاج السلوكي.

(٢) بالمقارنة مع العلاج المزيل للتحسس التخيلي فهو أسلوب مزعج غير سار، قد يترتب عليه توقف المريض عن الاستمرار في العلاج به، ولا يصلح لمرضى الربو والقلب، ولكنه أسرع من العلاج المزيل للتحسس المنهجي التخيلي.

(٣) يجب ألا يكون العلاج المختار في الصف الأول.

(٤) في التجارب التي تمت على الحيوانات أعطت تقنية إزالة التحسس المنهجي نتائج أفضل من تقنية الإغراق.

(٥) اتضح أن تقنية الإغراق هي أكثر فعالية في علاج رهاب الساح Agoraphobia ولكنها أقل فعالية في بعض أنواع الأخرى من الرهاب.

(٦) اتضح، في دراسات حديثة أجريت، وتضمنت عينة ضبط تجريبي، عدم وجود فروق في الفعالية العلاجية بين تقنية الإغراق وإزالة التحسس المنهجية (Mathew 1974).

(٧) أفضل استطباب لتقنية الإغراق هو علاج العُصاب الوسواسي ـ الجبري الذي يتضمن سلوكيات جبرية مثل الخوف من القذارة أو التلوث بالجراثيم.

٣ ـ العلاج بواسطة السلوك المناقض المعاكس Pardoxical intention أو الممارسة السلبية Negative practice.

على غرار تقنية الإغراق تثير هذه التقنية مستويات عالية من القلق، ويعود الفضل في ابتداعها إلى فيكتور فرانكل (١٩٦٠).

وتقوم هذه النظرية على إثارة السلوك اللاتكيفي بالإرادة (كالعرّات العصبية) حيث يجد المريض صعوبة في هذا التصنيع لأعراضه، وتبدلاً في الوقت نفسه في موقفه نحو عُصابه.

وتحدث هذه التقنية شفاءاً سريعاً في بعض الأحيان، وفي أحيانٍ أخرى تتطلب تدريباً متكرراً عدة شهور. ويمكن إيضاح هذه التقنية بالمثال التالي:

امرأة تخاف تناول الطعام في المطاعم، لأنها كانت تعمد إلى التقيؤ أثناء تناولها العشاء مع زوجها وأصدقائها، وتخرج من معدتها أكبر مقدار من الطعام. فنصحها المعالج أن تعرّض نفسها إلى الموقف الذي تخاف منه. وخلال ستة أشهر تلاشى خوفها من التقيؤ بعد هذا التعريض الإرادي الذي وُصف لها. واستمر تحررها من الخوف بعد متابعة دامت شهرين.

تُستخدم هذه التقنية أكثر ما تُستخدم من قبل المعالجين السلوكيين

في علاج الأرق واضطرابات النوم (Asher 1978)، ونلجأ إليها عادة عندما تفشل الطرق الأخرى.

ولقد ذكرنا أن العرّات العصبية وتل الشعر تعالج بهذه الطريقة. وفي اضطرابات النوم يلجأ المريض إلى إثارة المنبهات التي تخلق الأرق عنده. والشيء نفسه ينطبق على العصاب الوسواسي.



الفصل الحادي عشر

طرق الإشراط الإجرائي

Operant Conditioning Methods

هناك عملية تعلُّم واحدة فقط، والتمييز بين الإشراط الإجرائي والاستجابي Respondent ليس في طبيعة الإشراط بل في كون الأول غير إرادي، أي أنه صادر عن الجملة العصبية الإعاشية بينما الثاني سلوكي حركي. وبعض الاستجابات المعرفية يمكن أن تعزَّز بالإثابات الخارجية (Cautella 1970).

وتخضع بعض استجابات الجملة العصبية الإعاشية للسيطرة بالمكافآت (Miller 1968)، إلا أن المقاومة التي تبديها استجابات القلق العُصابية إزاء الإطفاء تُعزى إلى التعزيز السلبي بالدرجة الأولى.

والطرق الإجرائية المستخدمة في الممارسة الإكلينيكية مستوحاة من تجارب العلامة سكينر ورفاقه.

إلا أننا لا نرى تطبيقات سكينر بوضوح في علاج العُصابات النفسية ذلك لأن العصابات هي عادات، مصدرها الجملة العصبية الإعاشية، بينما

نلاحظ الإشراط الإجرائي للاستجابات الحركية في التدريب على تأكيد الذات.

وهناك العديد من العادات اللاتكيفية عند مرضى العُصاب النفسي حيث تكون أساليب العلاج الإجرائي (العقاب والمكافأة) أساسية. مثالنا على ذلك العلاقات البيشخصية Interpersonal (ضبط سلوك الأولاد العدواني)، وكذلك عادات قضم الأظافر ونتف الشعر، ومص الأصبع، والتباطؤ المزمن في الأداء، والميل نحو الشرود الذهني عند أداء العمل، والانحرافات السلوكية عموماً. وسيقتصر كلامنا هنا على ذكر طرق إشراطية ثلاث هي: التعزيز الإيجابي، التعزيز السلبي، الإطفاء.

أولاً: التعزيز الإيجابي

نفهم من معنى التعزيز الإيجابي أنه حالة من الأعمال تليها استجابة، وتخدم عملية زيادة معدل الاستجابة، ويمكن تسميته بالمعزز Reinforcer. فالمكافأة تسمى معزِّزاً، كذلك الطعام، والماء، والجنس، والمال، والسيطرة، والقبول، والمحبة، جميع هذه المنبهات تدرج في إطار معززات إجرائية عندما تزيد من قوة الاستجابة في موقف منبه (إثارة) معين.

ويعتبر العلامة هوم Homme (١٩٦٥)، أن المعززات تشمل **سلوكيات الاحتمالات والتوقعات القوية عند الفرد**. فقوة التعزيزات تبدأ من التقاط الحبوب من قبل الحمام الزاجل إلى أكثر تعقيدات السلوك البشري.

وفي ميدان تبديل السلوك العلاجي، سبق وذكرنا أن السلوك الحركي لتأكيد الذات يتعزَّز بنتائج الإنجازات، أي بالنصر الذي يحرزه

المتعالج في علاقاته البيشخصية، وفيما بعد بقبول المعالج.

إن الأمثلة العلاجية البسيطة على أهمية التعزيز نجدها في المشكلات السلوكية وفي الكتب التربوية التي تعالج أساليب ضبط السلوك الطائش عند الأولاد من قبل الآباء[1].

وقد تناولت معظم الدراسات الأولية مرضى الفصام المزمن في تعزيز السلوك الإيجابي، ونحن نعلم **أن مرض الفصام لا يُشفى**. إلا أن مبدأ تبديل بعض العادات عند هؤلاء يمكن تنفيذه بوساطة تعزيز الاستجابات الإيجابية المبدلة للعادات.

ونورد ها هنا ميادين الحالات التي يستخدم فيها التعزيز الإيجابي:

١ ـ برامج التعزيز الإيجابي للسلوكيات المطلوبة عند الذهانيين.

٢ ـ علاج القمه العصبي (فقدان الشهية النفسي المنشأ Anorexia nervosa وهو اضطراب عُصابي) بالتعزيز الإيجابي.

عالج كل من باشراس وموهر (١٩٦٥) امرأة عمرها ٣٧ سنة انخفض وزنها إلى ٤٧ رطلاً إنكليزياً نتيجة امتناعها عن تناول الطعام رغم جميع المعالجات الطبية الدوائية التي وصفت لها.

ولأهداف العلاج السلوكي، تمَّ نقلها من غرفتها الجميلة في المستشفى إلى مكان متواضع يتألف أثاثه من سرير، وكرسي، وطاولة عليها مصباح كهربائي، وكان يتعين على كل واحد من المعالجين الثلاثة أن يتناول معها وجبة طعام واحدة يومياً. وقد تضمن برنامج التعزيز،

(١) راجع كتاب: كيف تعالج متاعبك من سلوك ولدك، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار طلاس للنشر عام ١٩٩٠ م.

التعزيز الكلامي للحركات المصاحبة للطعام. وعندما كانت المريضة تحرك شوكة الطعام التي بيدها نحو لقمة الطعام لالتقاطها، كان المعالج يتكلم معها بأمور تسترعي الانتباه (تشتيت انتباهها فلا تركِّزه على الطعام). وكانت الاستجابة المطلوبة لاستثارة هذه المحادثة تتابعية لتجعلها تضع الطعام في فمها وتمضغه وتبتلعه.

وطُبِّق برنامج مماثل هدفه رفع وتيرة احتياجاتها المتزايدة لمقادير الطعام التي استهلكتها. ففي بداية الأمر كان أي مقدار من الطعام تتناوله يعتبر أساساً لتعزيز لاحق (مذياع، جهاز تلفاز يُجلب أحدهما من قبل الممرضة بناء على طلب المعالج). فإذا امتنعت المريضة عن لمس الطعام أمام المعالج فلا تحصل على أي تعزيز حتى للوجبة التالية. وكلما ازداد تناولها للطعام كانت تتلقى تبعاً لذلك التعزيز (المكافآت) إلى أن تأتي على كمل الوجبة المحددة لها. وبعد شهرين زاد وزنها بمقدار ١٤ رطلاً وخرجت من المستشفى لتعالج معالجة جوالة Out patient خارج المستشفى، واستمر إمدادها بالتعزيز الإيجابي في دارها بالتعاون مع أسرتها. وبعد مدة ١٨ شهراً وصل وزنها إلى ٨٨ رطلاً إنكليزياً.

هناك العديد من الحالات المماثلة تمَّ علاجها بالتعزيز الإيجابي (برنامج مكافآت) ولكن بدون إجراء التحليل السلوكي (وهذا أمر مهم في كل علاج سلوكي) فكان نصيبها الفشل. فالمعالج السلوكي الحق الناجح هو الذي لديه إلمام واسع، وفهم تام بتعقيدات الإشراط، وعليه أن يعرف تركيب المنبه ـ الاستجابة (وهذا مهم جداً).

٣ ـ رغم أن برامج الإشراط الإجرائي ليس لها دورٌ كبير في علاج المخاوف اللاتكيفية، إلاّ أنها تكون أحياناً ملائمة بالنسبة إلى أولئك الذين يعانون من سلوك تجنبي فيزيائي بيئي؛ مثل مخاوف المدرسة.

٤ ـ استُخْدِم الإشراط الإجرائي، كما ذكرنا، على نطاق واسع في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال. كما أن بعض المشكلات النفسية حازت على اهتمام كبير في علاجها بالطرق الإشراطية الإجرائية مثل السلس البولي عند الأطفال. فالطفل الذي يتناول كميات كبيرة من السوائل بدون قيود تتم إثابته بالحلوى، أو بشيء يرغبه، إذا أمسك عن تبوله لمُدد متزايدة.

ففي البداية يكافأ إذا ما أمسك نفسه عن التبول لمدة خمس دقائق بعد أن يُبَلِّغ عن حاجته للتبول، ومن ثم تطوَّل المدة في الكفَّ عن التبوال كفّاً متزايداً. ومن المعروف أن الكفَّ عن التبوال (حبس البول في المثانة) يتشكل بالتعزيز الإيجابي. وقد نجحت هذه الطريقة في شفاء ثلاث حالات سلس بولي ليلي خلال أسبوع واحد. وتعالج مشكلة التغوط في الألبسة عند الأطفال (سلس الغائط) بالطريقة ذاتها لجعل الطفل يتغوط في المرحاض.

٥ ـ يُستخدم الإشراط الإجرائي (الإثابة) أيضاً في علاج الاستمناء المنفذ بتخيل الاتصال الجنسي المنحرف بتحويله إلى تخيل الاتصال بالنسوة (ماركيز ١٩٧٠).

ويُطلب إلى المريض أن يجري عملية استمناء Masturbation إلى أن يصل إلى النقطة التي يشعر فيها بدنو الدفق Orgazm، وتترك له حرية التخيل بأي شيء لإثارة نفسه جنسياً. وما أن يشعر بدنو الدفق ينقل تخيله إلى جماع مع امرأة تمَّ الاتفاق مع المعالج على تخيلها (قرن الدفق ولذته العارمة بالمرأة).

ويلفت نظر المتعالج أنه في بداية الأمر سيواجه صعوبات، إلا أنه

لن يفقد إثارته الجنسية في ذلك الموقف. وعندما ينجح بالتحول إلى المنبه الملائم المطلوب (المرأة) لعدة مرات (٤، ٥ مرات)، يُطلب إليه أن يتخيل المنبه المناسب (المرأة) والبدء بالاستمناء. وهنا يؤخذ منه التزام قاطع في بداية التدريب العلاجي بألا يستمر بتخيل الأمور غير الملائمة التي كان يتخيلها سابقاً حتى الوصول إلى الدفق، سواء أكان في الاستمناء أم في الجماع الجنسي الفعلي. وكل تناقص في الإثارة الجنسية في تحوله التخيلي يُعدُّ إشارة إلى أن المتعالج قد تبادل التخيلات بسرعة، لذا يطلب إليه المعالج العودة إلى تخيلاته الأصلية فلا يتحول إلى التخيل الجديد المطلوب (المرأة) إلا بعد أن يكون في ذروة الإثارة الجنسية.

من أصل ١٥ حالة من هذا القبيل عالجها ماركيس Marquis، شُفي خمسة أفراد، وتحسَّن سبعة منهم تحسناً ملحوظاً.

٦ ـ إن التطبيقات الاستكشافية السابرة لتقنيات الإشراط الإجرائي في سلوك الانحراف (تايلور ١٩٦٥) أعطت نتائج مشجعة. فقد عالج تايلور ٤٠ مريضاً منحرفاً بالأساليب الإشراطية التعزيزية. وبعد متابعة دامت ثلاث سنوات لعشرين منهم كشفت عن تضاؤل مهم في تكرار جرائمهم وشدتها بالمقارنة مع عينة ضابطة تجريبية لم تخضع للعلاج. وتمكن تايلور ورفيقه من إضعاف سلوك تخريبي عند ولد منحرف عمره ١٣ سنة، وذلك بعزله عندما يُقدِم على سلوك مضاد للمجتمع، وإثابته عند إبداء سلوك اجتماعي مقبول.

ويطالعنا توماس (١٩٦٨) بالقواعد الناظمة لفعالية التعزيز الإيجابي التالية:

أ ـ الاستجابة المراد تعزيزها يجب أن تُولد أولاً وتُثار، وإلا فإن التعزيز يكون مستحيلاً.

ب ـ يجب ألا يتأخر التعزيز (أي إثابة السلوك المراد تعزيزه)، فكلّما كان التعزيز سريعاً وفورياً كان التعزيز ناجحاً.
جـ ـ التعزيز لأي استجابة مرغوبة تمت إثارتها هو الأكثر فعالية في ترسيخ السلوك المرغوب.
د ـ المعززات الملائمة لسلوك معين عند فرد ما ربما لا تكون بالضرورة مناسبة عند فرد آخر.

ثانياً: التعزيز الإيجابي الخفي أو المستتر

Covert positive reinforcement

ابتدع كل من كوتيلا وول (١٩٨٠) أسلوباً أسمياه «التعزيز المستتر أو الخفي». في هذا الأسلوب يتم عرض الاستجابة الواجب تعزيزها، والمعزز، وذلك بفرض تخيلهما. ويفيد كوتيلا أنه استخدم هذه الطريقة بنجاح في علاج الرهاب، والوساوس، واللوطية، والبدانة. ولفهم هذه التقنية نشرح التالي:

الخطوة الأولى هي في معرفة المنبهات التي تؤدي دور المعززات Reinforcers، ويتم ذلك من خلال استجابات المريض إزاء برنامج يشمل الكثير من المعززات. فكل بند يبدي فيه المريض مسرة عالية، يتم معاينته بغرض معرفة قدرة المريض على تخيله بوضوح كما يستحضره تخيلياً عند الطلب، ويتعين على المتعالج أن يكون قادراً على تخيل المعزز المرغوب فيه مدة ٥ ثوان، ليكون هذا المعزز قابلاً للاستخدام. ولعل الحالة العلاجية التالية توضح القصد:

تشكو مريضة من جبرية النظافة، ومن ضمن ذلك عادة طي قطع الألبسة المرة تلو الأخرى (طقوس جبرية)، وفردها بكل دقة في كل مرة.

طبق المعالج تقنية التعزيز الإيجابي المستتر بالطلب إلى المريضة أن

تتخيل نفسها في مواقف متعددة تنخرط في نوعية السلوك، الأول: الامتناع عن تكرار هذا السلوك الجبري، وثانياً: إظهار استجابات معاكسة لهذا السلوك.

عندما أعطت المريضة إشارة إلى أنها تخيلت الاستجابة المناسبة، نطق المعالج بصوت عالٍ بكلمة «تعزيز» الكلمة التي كانت بمثابة منبه Cue بالنسبة إلى المريضة لتخيل الصورة المعززة المحددة سابقاً؛ مثل المشي في غابة أو تناول طعامٍ شهيٍ تحبه. وبهذا الشكل يحرض المعالج الصورة المعززة عندما تعطي المريضة الإشارة إلى أنها تتخيل وتفكر بالتالي: «أنا لا أهتم إذا كانت الألبسة غير ملساء ولا مكوية» أو إذا تخيلت أنها تطوي قطع الثياب المغسولة بسرعة ووضعها مصفوفة حتى لو كانت غير ملساء. بهذه الطريقة القائمة على تخيل السلوكين السابقي الذكر مع إقران كل سلوك بصورة معززة بشكل تخيل سار، تخلصت من هذا السلوك الجبري في ثماني جلسات علاجية، مدة كل جلسة ساعتان. وبمتابعة دامت ١٢ شهراً لم تبدِ المريضة أي عودة انتكاسية لسلوكها الجبري.

غالباً ما ينجح أسلوب التعزيز غير المنظور، ولكن عندما نستخدمه لإزالة إشراط القلق فإن آليته هنا تصبح من نوع الكفِّ المعاكس وليس التعزيز الإيجابي.

ثالثاً: التعزيز السلبي

يعني التعزيز السلبي زيادة قوة الاستجابة من خلال الإزالة الإشراطية لمصدر الانزعاج أو التوتر.

إن استخدام هذه الاستراتيجية يكون أحياناً معقداً، ذلك لأن على المعالج أن يعرِّض المريض لمصدر الإزعاج بالدرجة الأولى، وهذا ما

يترتب عليه أحياناً نتائج معاكسة للعلاج.

ويوضح المثال التالي القصد في آلية التعزيز السلبي الذي هو من خبرات العلامة Ayllon (١٩٦٣) في علاج امرأة مولعة بجمع عدد كبير من المناشف وتخزينها، حيث تعمد هيئة التمريض إلى أخذ هذه المناشف من غرفتها مرتين أسبوعياً.

أمر المعالج Ayllon هيئة التمريض إيقاف أخذ المناشف، وإعطاء المريضة، بصورة متقطعة يومياً، منشفة واحدة بدون تعليق.

فرحت المريضة بهذه السياسة الجديدة، فنظمت مخزونها المتزايد تنظيماً جيداً، بوضع المناشف وتكديسها على الكرسي وطاولة المناشف. وفيما بعد كدست المناشف على الأرض والسرير. وعندما أصبح عدد المناشف كبيراً يُعدُّ بالمئات، عجزت المريضة عن تدبر أمر التكديس، لأن العدد المتزايد من المناشف جعل غرفتها تعج بالفوضى وسوء المنظر. هنا أخذت المريضة تستجدي هيئة التمريض لإيقاف هذا السيل من المناشف لغرفتها، ولكن دون جدوى. وعندما وصل عدد المناشف إلى ٦٠٠ منشفة، أصبحت تكره أي إضافة جديدة وتنفر منها. وحين وصل عدد المناشف ٦٢٥ منشفة في غرفتها، حملت المريضة المنشفة الجديدة التي أدخلتها الممرضة إلى غرفتها ورمتها إلى الخارج لإيقاف هذا التدفق من المناشف. ونظراً إلى أن هذه المنشفة لم تعد ثانية إلى غرفتها، حدث التعزيز السلبي المطلوب في إهمال جمع المناشف. وفيما بعد عمدت المريضة بصورة متصاعدة إلى إزالة المناشف من غرفتها، فتوقف بذلك عمل جلب المناشف إلى غرفتها من قبل الممرضات. وخلال ١٢ شهراً التالية أصبح متوسط عدد المناشف في غرفتها بحدود منشفتين فقط.

أشمل كوتيلا (١٩٧٠) تقنيته الخاصة بالتعزيز المستتر غير المنظور

بالتعزيز السلبي، وأفاد أنه يمكن تطبيق ذلك على المرضى (أو أشخاص التجربة) الذين يجدون سهولة في إثارة الصور الذهنية أو التخيلات غير السارة، أكثر من تخيل الصور السارة. فإذا ما وجد المريض أنها غير سارة في التكلم عنها بصوت خشن، يُطلب إليه أن يتخيلها (عندما يُعطي إشارة أن الصور أضحت واضحة في ذهنه) ليبدلها بصورة الاستجابة المطلوب تزايدها. وهنا يتعين الحذر لضمان قدرة المريض على الانسحاب الفوري من المنبه الكريه، بعد الطلب إليه ذلك، وإبداله بالاستجابة المراد زيادتها وترسيخها. وإذا اتضح بعد عدد من المحاولات وجود تداخل، يتعين والحالة هذه أن يختار مُنبهاً مكرهاً جديداً.

إن هذه التقنية واسعة الانتشار في التطبيق. ولقد أوضح كوتيلا أنه حقق نجاحاً علاجياً يقارب ٩٠٪ من الحالات.

رابعاً: الإطفاء Extinction

نعرِّف الإطفاء أنه الإضعاف المترقي، أو التكرار المتناقص للاستجابة، وذلك عندما يتم إثارتها إثارة متكررة بدون أن يتبعها أي تعزيز.

وأول من طبق هذه التقنية إكلينيكياً (سريرياً) Ayllon وميخائيل (١٩٥٩)، وكان ذلك في علاج امرأة ثابرت على دخول مكتب الممرضات ١٦ مرة يومياً وسطياً لمدة سنتين. وقد تخلَّت الممرضات عن جهودهن الرامية إلى إخراجها إلى قاعة المرضى، نظراً لأن المرأة المريضة ضعيفة العقل ويصعب التفاهم معها.

من أجل إطفاء هذه المشكلة السلوكية، أعطيت الممرضات تعليمات بعدم إعطاء المريضة أي تعزيز (أي الاهتمام بها) عندما تدخل

غرفتهن. وكان من جراء ذلك أن تضاءل تكرار ترددها المستمر على المكتب الخاص بالممرضات. إذ تناقص التكرار وسطياً إلى مرتين يومياً وذلك في الأسبوع السابع من تطبيق عملية عدم التعزيز، وهنا انتهى برنامج التطبيق المطلوب.

يبين لنا توماس (١٩٦٨) أن مقاومة الإطفاء غالباً ما تكون عالية في الحالات الإكلينيكية، لأن الاستجابات تكون مرسخة ومستمرة لفترات طويلة بالتعزيز المتقطع، ولذلك فإن من الأهمية بمكان أن يكون **إيقاف التعزيز نهائياً، فجأة، وبدون أي تدرج.**

من تقنيات الإطفاء ما نسميه: (الممارسة السلبية Negative practice) التي ابتدعها دانلاب Dunlap (١٩٣٢)؛ ويمكن بهذه التقنية التغلب على بعض العادات، مثل الأغلاط المتكررة في الضرب على الآلة الكاتبة، والعرّات العصبية Tics، والتأتأة Stuttering، وذلك بإقناع المريض بتكرار العادة التي يرغب بإزالتها عدة مرات يومياً. وقد استخدمت هذه التقنية على نطاق واسع في علاج العرّات العصبية (جونز ١٩٦٠، وألتون ١٩٦٤).

ولتعطي هذه التقنية ثمارها العلاجية يجب إثارة الاستجابة غير **المرغوبة إلى نقطة الإعياء**؛ إذ لا بد من إحداث درجة عالية من الكفّ الارتكاسي Reactive inhibition، **وإلا نكون قد عززنا العرَّة العصبية**، وخاصة إذا كانت بلا أعراض عند البدء بالتدريب الإطفائي. وعموماً فإن هذه التقنية مُجهِدة في التطبيق بالنسبة إلى المتعالج، وتستغرق وقتاً. ويرى كونداس (١٩٦٥) أن تبديلاً سريعاً وكثيراً يمكن الوصول إليه إذا ما تمَّ مزج **الممارسة السلبية مع الإشراط المزيل للقلق.**

ففي وقت تكرار المريض لإجراء العرَّة العصبية إرادياً، يعرَّض إلى

صدمة كهربائية غير سارة تعرضاً مستمراً، ولا توقف إلا بعد إيقاف تتالي العرة إيقافاً متزامناً، فتعطي تعزيزاً سلبياً بعدم تكرارها، (أي العرة).

في السنين الأخيرة أنجز ناتان أزرين Nathan Azrin العديد من البرامج المتمحورة حول إزالة العادات غير المرغوب فيها، المستندة إلى تقنية «عكس العادة أو قلبها Habit reversal». والطليعي في هذه البرامج هو تايلور (١٩٦٣) في علاجه لسلوك جبري في نتف شعر الحاجب، وأيضاً كان لجوزيف ولبي باعٌ كبيرٌ في هذه التقنية العلاجية بعلاج سلوك المحاكاة أو التقليد الجبري Compulsive mimicy. فالعادات التي عولجت بهذه التقنية شملت السلس البولي، والعرات، والتأتأة (اضطراب الكلام) والعادات الفموية المخربة للذات.

ويقوم جوهر تقنية «عكس العادة» على إثارة الاستجابة المنافية المعاكسة أينما يظهر النزوع لممارسة العادة غير المرغوب فيها. فمثلاً في حالة النزوع إلى نتف شعر الرأس، يتعلم المريض الاستجابة المناهضة غير الواضحة بالإمساك بيديه لمدة ثلاث دقائق عندما يشعر برغبة في نتف الشعر أو بعد أن يبدأ بذلك.

وقد تم تبني برامج «عكس العادة» على نطاق واسع، ولاقت نجاحاً علاجياً كبيراً.

ويلاحظ أن عكس العادة يعطي مثالاً لعملية الكفِّ المعاكس التي تطبق على العادات الحركية رغم أن أرزين وجماعته لم يعترفوا بذلك صراحة.

الفصل الثاني عشر

علاج التنفير أو التكريه

Aversive Therapy

يستند جوهر العلاج التكريهي على تعريض المتعالج إلى منبه غير سارّ، يتزامن مع الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها والمراد إطفاؤها، أو إضعاف قوتها. فمثلاً يُستخدم المنبه المثير للألم لتثبيط الإثارة الجنسية عند الفيشتي (الشخص الذي يثار جنسياً عند رؤية الملابس الداخلية للمرأة أو شمها)، وذلك لإضعاف هذه الإثارة (إقران الألم بالشيء المثير للشهوة الجنسية عند الفيشتي). وعلى هذا فإن العلاج التكريهي يعمل بآلية الكفّ المعاكس Reciprocal inhibition، والأدوات الرئيسية المثيرة للنفور هي إثارة قوية كهربائية ولكنها غير مؤذية للصحة، أو أدوية مثيرة للغثيان والقيء أو تخيلات مثيرة للإقياء.

ويتعين تمييز علاج التكريه عن العقاب، ذلك أن المنبه المنفِّر يلي الاستجابة المطلوبة بدلاً من التزامن معها.

ومع أن هدف العقاب تثبيط الاستجابة، أي جعلها أقل احتمالاً في الظهور بفعل النتائج التكريهية، فإن القصد من العلاج التنفيري هو إضعاف

قوة العادة في الاستجابة للهدف، من خلال تثبيطها، وذلك بواسطة منافسة العنصر المكرِّه. ويستخدم العقاب عموماً لإضعاف العادات الحركية، أما العلاج التكريهي فهدفه إضعاف العادات الناجمة عن الجملة العصبية الذاتية.

وما يحدث عند وجود منبه للاستجابة غير المرغوب فيها هو أن المنبه التكريهي القوي ـ مثل تنبيه كهربائي شديد لطرف ـ يثير استجابة تجنُّب Avoidance response، كما أن الصدمة الكهربائية ستثبط الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها. وهنا نشكِّل تثبيطاً إشراطياً للاستجابة غير المرغوب فيها؛ أي نقوم بإضعاف العادة. وفي الوقت نفسه نرى أن المنبه قد يرتبط بإشراط لمجموعة استجابة تثيرها الصدمة الكهربائية، إلا أن مقدار مثل هذا الإشراط يعدُّ قليلاً عموماً، أو ما يمكن أن نسميه بالعابر المؤقت (Raymond 1964).

فقد وجد راتشمان (١٩٦٩) أن الصدمة الكهربائية المستخدمة بمثابة منبه تكريهي لا تشكل خوفاً إشراطياً.

والمثال التالي الذي سنذكره، هو مثال قائم على التجربة، ويوضح جميع أساليب الإشراط التنفيري وآليته.

تمَّ وضع حيوان في قفص ذي أرضية مؤلفة من شبكة قضبان حديدية مكهربة، وكان الطعام يُرمى إليه في علبة داخل القفص. ونظراً إلى الصوت الذي كان يصدر عن رمي الطعام، اعتاد الحيوان على بلوغه وتناوله بسهولة. وأدى تكرار العملية إلى تكوُّن عادة الاقتراب من العلبة لديه، وذلك كلما سمع صوت رمي الطعام فيها، مُظهراً استجابة إشراطية عصبية ذاتية المنشأ، صاحبت الاقتراب من الطعام، وهذه الاستجابة هي سيلان اللعاب، وازدياد نشاط الحركات الهضمية وغيره. وإذا قرنا جعل

هذا الحيوان يكره الطعام بإزالة عادة الاقتراب من العلبة عند سماعه لصوت رمي الطعام فيها، فإننا في هذه الحالة سنلجأ إلى العلاج المكرِّه، وهذا ما ستوضحه تتمة المثال.

عندما اقترب الحيوان من الطعام بعد سماع رميه في العلبة، وجهنا له صدمة كهربائية بكهربة أرضية القفص التي يمشي عليها، فعملت الصدمة على تثبيط التقرُّب الإشراطي نحو العلبة، إذ أحدثت الألم والقلق والانسحاب الحركي للحيوان. وكلما تعرَّض إلى الصدمة ضعفت لديه عادة الاقتراب الإشراطية من الطعام، وبذلك حدث عنده التجنب الإشراطي للطعام. وبعد تكرار هذه المناورة عدة مرات أصبح صوت رمي الطعام في العلبة يثير **استجابة قلق التجنب عند الحيوان، وهي الاستجابة التي حلت محل استجابة الاقتراب من الطعام (تعزيز سلبي).**

ولعل أول استخدام للعلاج المكرِّه كان على يد العلامة كانتوروفيتش (١٩٢٩) في علاج مرضى الإدمان على الكحول حيث كان يوجه صدمات كهربائية مؤلمة للمريض عند النظر إلى الكحول أو شمِّه أو تذوقه.

في عام ١٩٣٥ أفادنا ماكس Max أنه نجح في علاج مريض فيتيشي شاذٍّ جنسياً بتعريضه إلى صدمات كهربائية قوية، أثناء تعامله مع أشياء فيتيشية.

ويطالعنا الدكتور جوزيف ولبي بحالة امرأة شرهة عالجها بالعلاج التنفيري وتتلخص بما يلي:

امرأة عمرها ٣٢ سنة، كان تناول أطعمة ممنوعة عنها طبياً من أحد انشغالاتها العصابية الأخرى، وكانت ممنوعة بالتحديد من تناول

الحلويات والأطعمة المالحة. الأولى بسبب بدانتها التي تخاف منها، والأطعمة الثانية لإصابتها بآفة قلبية روماتيزمية عرضتها أكثر من مرة إلى مخاطر استرخاء القلب، إلا أنها كانت تشعر بولع جبري للإكثار من هذه الأطعمة الضارة لصحتها.

ونظراً إلى ضرورة تقيدها بأطعمة قليلة الملح، ونظام غذائي خاص، كانت تطلب من خادمتها أن تقفل عليها باب الغرفة، لتمنع نفسها من الخروج منها وتناول الأطعمة الممنوعة عنها أو عدم شرائها من الخارج. ولكن عندما يشتد نزوعها الجبري نحو هذه الأطعمة، كانت تهرع إلى شراء الطعام وتناوله. وما إن تشعر بالتخمة والاكتفاء ينتابها شعور متزايد من الكراهية واليأس إزاء سلوكها، يصل إلى مستوى الذل والعبودية لنزوعاتها.

عمد المعالج إلى رصد جميع أنواع الأغذية التي هي موضوع وساوسها، واختار بعضاً منها، ومن ثم ربط في ذراعها القطبين الكهربائيين، وطلب إليها أن تغمض عينيها وتتخيل الطعام المختار. وعندما أشارت بإصبعها إلى التخيل الواضح لهذا الطعام وجه لها صدمة كهربائية في ذراعها، وأتبعها بعدة صدمات وصلت إلى العشر في كل مرة تتخيل الطعام المختار، وذلك خلال جلسة واحدة.

وبعد جلستين علاجيتين من هذا القبيل وجدت أن مجرد تفكيرها بهذه الأطعمة يقترن بالصدمة الكهربائية، الأمر الذي يثير القلق. ومع مزيد من المعالجة تضاءل تفكيرها الوسواسي بالطعام الذي تحبه وتنزع إليه تضاؤلاً متزايداً. وبعد خمس جلسات علاجية بالصدمات الكهربائية التكريهية تحررت نهائياً من هذا الكابوس الجبري للطعام لأول مرة في حياتها منذ ١٦ سنة، وبدأت صفحة جديدة في سلوكها الغذائي حيث

أخذت تستمتع بارتداء الثياب المناسبة وبالصحبة الممتعة مع الأصدقاء والصديقات، الأمر الذي حرمت منه منذ سنين عديدة.

يُطبَّق العلاج التكريهي في كثير من المشكلات السلوكية مثل الفيتيشية **Fetishism**، واللوطية **Homosexuality** (جيمس ١٩٦٠، وفلدمان ١٩٦٥) والانحرافات الجنسية **Transvestism** (هاربر ١٩٦١) والإدمانات المختلفة، أي الكحول والمخدرات والدخان (فالانس **Vallance** ١٩٦٨). ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن السلوكيات التي ذكرناها (أي المشكلات السلوكية) تبدو خبرات سارّة عند ممارستها تجاه أشياء وأمور غير مناسبة اجتماعياً. فالإثارة المنفرة المتزامنة مع ظهور هذا السلوك المنحرف من شأنها أن تثبط المشاعر السارة التي ترافق عادة إشباع ذلك السلوك المنحرف الأمر الذي يؤدي **إلى إطفاء العادة وإزالتها**.

إن هذا ما يعطي الجواب إلى ما عبر عنه كل من راتشمان وتيسدال Teasdale (١٩٦٨)، بـ «**اللغز الكبير**» في العلاج التنفيري، وهو لماذا يكفُّ المرضى عن ممارسة السلوك المنحرف بعد خروجهم من المستشفى. **فإذا كان هدف الانحراف لم يعد يثير اللذة فلا يوجد عملياً نزوع نحو هذا الهدف**.

وعلينا أن ننبه إلى أن العلاج التكريهي يكون الخيار الأولي أحياناً، إلا أنه في كثير من الحالات نجد أن اللوطية أو غيرها من السلوكيات المنافية غير المرغوب فيها اجتماعياً وأخلاقياً وصحياً (التدخين والمخدرات) والتي تُطبب بالعلاج السلوكي التكريهي، **لا بد أن تعالج أولاً**، وقبل الهجوم المباشر بالعلاج السلوكي التنفيري عليها. فإذا تمَّ إزالة القلق فإن انحراف السلوك الذي يكون عادة نتيجة لهذا القلق قد يتوقف بدون الحاجة إلى اهتمام خاص به.

ومن ناحية أخرى، إذا ما تم اعتماد المعالجة السلوكية **خطأ** كعلاج

أولي للسلوك المنحرف، **فإن هذا السلوك سيستمر** مع بعض التحسن، حتى وإن تمَّ إيقاف هذا السلوك بالعلاج السلوكي، فإن القلق التحتي الذي لم يمس بالمعالجة السلوكية سيكون دوماً عاملاً محرضاً للانتكاس أو **كبديل للمرض**. فمثلاً يطالعنا الدكتور جوزيف ولبي بقصة امرأة تعاني من سلوك جبري في الإقبال على الطعام، وقد تمَّ التغلب على هذا السلوك بالعلاج السلوكي التكريهي، إلا أنها بعد فترة أصابها الاكتئاب الشديد. ولقد اتضح له أن مشاكلها الرئيسية كانت عادات قلق عُصابية، وإن الاكتئاب كان نتيجة لأنها مُنعت من **إضعاف نشاط القلق بواسطة الطعام**.

أولاً: وصف التقنيات

١ ـ الإثارة الكهربائية:

بما إن الإثارة الكهربائية تبدو تقنية غير مرغوب فيها عند الناس، فقد تم اللجوء إليها في السنين الأخيرة بتحفظ كبير. ومع ذلك فإن هذه التقنية تطرح نفسها بكونها تخضع للكم بسهولة (أي السيطرة على مقدار الإثارة الكهربائية) ويمكن توقيتها بدقة مع السلوك المراد تبديله.

وحسب الحالة المُعالجة وظروفها، فإن إعطاء الصدمة الكهربائية يمكن أن يتم على المستوى الميداني (أي عند التعامل مع الأشياء والمواقف المراد إضعاف تأثيراتها) أو في التخيلات المُثارة أو في التمثيلات الصورية (أي عرض الصور).

ويمكن استخدام إما التيار المتناوب أو التيار الفارادي، لأن بالإمكان التحكم بالمستويات الثابتة للشدة الكهربائية لمدد طويلة. وتُربط الأقطاب عادة في ذراع المريض، ويُحدد مستوى الخط القاعدي للتيار بالزيادة المتدرجة للتيار إلى أن يُبلغنا المريض عن انزعاجه منه. وهنا

تكون الدرجة المزعجة (أي الخط القاعدي) بمستوى ٢٥ بالمائة أقوى من درجة الخط القاعدي التي نبدأ منها العلاج بالصدمة الكهربائية.

ويمكن القول إن القطب الأفضل المناسب للاستخدام هو القطب المتحد المركز Concentric الذي يقلل إلى حد كبير مخاطر حرق الجلد. ويمكن أيضاً استخدام الأقطاب المبللة بالشاش المنقوع في الملح. كما وتستخدم الأقطاب الفضية المستعملة في تخطيط القلب الكهربائي إذا دعت الحاجة.

إن استعمال التنبيه الكهربائي في العلاج التكريهي يختلف في تفصيلاته، إلا أنه يتبع دائماً الخطوط العامة للحالة التي ذكرناها عند معالجة الإقبال الوسواسي الجبري على الطعام.

وقد بدت الصدمات الكهربائية ناجعة في علاج الانحراف الجنسي، ولعب الميسر والقمار الجبري. ويوقف العلاج بالصدمات الكهربائية الاضطراب الجبري فترة طويلة عادة، تبلغ على الأقل مدة ٧ ـ ٨ أشهر. ويمكن ـ حسب الخط القاعدي للفرد المتعالج ـ أن تصل قوة الصدمة إلى ٧٠ فولت.

٢ ـ العلاج التكريهي ضد الإدمان على المخدرات

لنعلم أن النزوع الجبري القوي نحو تعاطي المخدرات مثل المورفين، والديمارول، والميثادون إنما يعتمد على الاستجابات المتعلمة من جانب الجملة العصبية الذاتية (Himmelsback 1941). ومع أن عادات الإدمان على المخدرات تتضمن دوماً أفعالاً حركية، وغالباً ما يكون ذلك من جانب عنصر اجتماعي حافز، فإن العلاج الذي يتركز على الأفعال الحركية ـ دون الانتباه إلى العادات الناجمة عن الجملة العصبية الذاتية ـ هذا العلاج يفقد جوهر المشكلة.

وما أن يتم تأصل عادة الإدمان على المخدرات، فإن الإثارات التي يتعرَّض لها الفرد المدمن بفعل استجابات الجملة العصبية الذاتية التي تكمن تحتها متلازمة الامتناع أو الكفِّ (أي أعراض إيقاف المخدر)، أو التوق إلى تعاطي المخدر، لا بدَّ أن **تكون استجابة إلى بعض المثيرات السابقة**. فالمنبهات السابقة المثيرة للتوق والرغبة الشديدة لتعاطي المخدر قد تكون صادرة عن البيئة الخارجية المنشأ أو الداخلية المنشأ، أو عن المصدرين معاً (Wikler 1968).

وعلى هذا يبدو من المعقول الافتراض أن المنبهات Stimuli يمكن أن **تنفصل عن الاستجابة النزوعية التوقية نحو المخدر، من خلال الإثارات المثبطة الناهية المتكررة ضد الاستجابة النزوعية**، مثلاً بواسطة الصدمة الكهربائية المتزامنة مع ظهور تلك الاستجابة النزوعية. ويوضح المثال العلاجي التالي المراد والقصد:

طبيب مدمن على مادة ديميرول مدة خمس سنوات، راجع معالجاً نفسياً سلوكياً. ولقد بدا لهذا الأخير أن لدى الطبيب المريض نزوعات داخلية المنشأ نحو المخدرات، وهذا النزوع القوي يظهر عنده مرة واحدة أسبوعياً فيلجأ إلى تناول مقدار ملغرام أو ملغرام ونصف من هذا المخدر لإطفاء جذوة هذا النزوع.

وقد نُصح هذا الطبيب بالتزود بجهاز صدمة كهربائية محمول، بحيث توجَّه ليده صدمة كهربائية كلما ظهر هذا النزوع، وقد تمكن من التغلب على ثلاثة نزوعات متتالية بفواصل أيام، وظل بعد ذلك في حالة كفٍّ عن تناول هذا المخدر من جراء هذه المعالجة التكريهية مدة ١٢ أسبوعاً.

٣ ـ العلاج التكريهي بوساطة الأدوية

إن علاج الكحولية بالطرق التكريهية من خلال استعمال الأدوية المحدثة للإقياء أو الغثيان، هو علاج معروف منذ أكثر من عشرين سنة. إذ يُعطى الكحولي مواد مثيرة للإقياء أو الغثيان مثل الأمتين Emetine أو أبومورفين Apomorphine، وكلوريد الذهب، ويطلب إليه أن يتناول أيضاً الكحول الذي يرغبه. ويعطى له مزيج الكحول وأحد هذه المواد المسببة للقيء يومياً، ولمدة أسبوع أو عشرة أيام، ثم تقيَّم فعالية هذا الأسلوب بإعطائه الكحول فيما بعد لمعرفة مدى استفادته من هذا العلاج التنفيري، لأن حدوث الإشراط التكريهي يرغم المريض على الشعور بالغثيان ولو تناول جرعة واحدة من الكحول فقط.

ويكون عدد المعالجات الداعمة مرتين أو ثلاث مرات خلال فترة سنة من المتابعة. وقد اتضح لكل من ليمير Lemere وفوجتلين Voegtlin (١٩٥٠) أن ٣٨٪ من عدد يناهز ٤٠٠٠ كحولي ظلوا ممتنعين عن تناول الكحول مدة خمس سنوات، و٢٣٪ من هذه النسبة ظلت ممتنعة مدة عشر سنوات أو أكثر بعد دورة علاجية.

إن هذه المعالجة تستهلك الكثير من الوقت، وتعتبر مضنية بالنسبة إلى المعالج والمتعالج معاً، وقابلة للانتكاس.

٤ ـ تقنية التحسس الخفي Covert Sensitization

لقد سبق وشرحنا هذه التقنية المقرونة باسم كوتيلا (١٩٦٧) في الفصل السابق، وهي تقوم على قرن الاستجابة التكريهية اللفظية مع المنبه المُتَخَيَّل. ونجحت هذه التقنية في علاج البدانة، واللوطية (الميل للجنس نفسه عند الذكور)، والكحولية. وقد طبق (الدكتور حجار) هذه التقنية

على مريض كحولي مدمن عمره ٤٢ سنة، يتعاطى الكحول منذ أكثر من ٢٠ عاماً، دخل مشافٍ كثيرة في حالات إسعافية، واستؤصل له جزء من البانكرياس بسبب التسمم الإدماني. وكانت نتائج العلاج مشجعة جداً، حيث تمكن من السيطرة على نزوعه الإدماني، فكفَّ عن الشرب لمدة سنتين وبدعم علاجي دام سنتي متابعة. كما تم إضعاف النزوع الجنسي المثلي عند شاب عمره ٣٦ سنة بهذه التقنية، وتمكن لأول مرة في حياته من ممارسة «العادة السرية» بتخيله الأعضاء الجنسية للمرأة (الدكتور حجار ١٩٩٠).

وندرج هاهنا المقولات التخيلية لكوتيلا في علاج امرأة تعاني من شره جبري نحو الطعام ولا سيما فطائر التفاح:

«أرغب أن تتخيلي أنك قد تناولت وجبتك الغذائية وتلتفتين الآن لتأكلي الحلوى التي هي فطيرة تفاح. حالما حاولت مسك الشوكة شعرت بشعور غير عادي في رأس معدتك. بدأت تشعرين بالغثيان عندما أمسكت بالشوكة، شعرت بجزئيات الطعام الموجودة في معدتك تصعد إلى حلقومك. إحساس بالإقياء يداهمك. ما أن أمسكت الفطيرة بالشوكة استعداداً لالتهامها حتى خرج الطعام من معدتك إلى حلقومك. حاولت أن تغلقي فمك خوفاً من تقيؤ الطعام وانتشاره على الطاولة. قربت الفطيرة من فمك. ما أن فتحت فاك لقضم الفطيرة، اندفع الطعام من فيك ليغطي يديك والشوكة والفطيرة والطاولة، وانتثر ليصيب الجالسين حولك. عيناك تقطران دمعاً. يداك أصبحتا لزجتين بفعل عصارة المعدة والطعام. رائحة كريهة تنبعث من الإقياء. ما أن نظرت إلى نفسك حتى تصاعد لديك الإحساس بالقرف، وتبعه المزيد من الإقياء والإقياء بموجات متتابعة. كل فرد من الجالسين ينظر إليك مصعوقاً. أبعدت ناظريك عن

هذا المنظر فشعرت أنك أحسن من ذي قبل. نهضت وركضت مسرعة هرباً من الغرفة. تزايد عندك الشعور بتوقف الإقياء والغثيان. نظفت وجهك وثيابك، وبذلك زال الكابوس المخيف الذي انتابك».

إن أول تقرير عن تجربة الاستخدام النموذجي للتخيل المثير للكراهية كان من قبل غولد (١٩٦٥)، وذلك في علاجه مراهقاً عمره ١٦ سنة، لديه عادة إغواء الناس في المراحيض العامة. كما استخدم دافيسون (١٩٦٧) هذه التقنية كجزء من برنامج التخلص من التخيل السادي. أما كولفين (١٩٦٧) فاستخدم هذه التقنية في علاج الفيتشية والإدمان على استنشاق البنزين.

٥ ـ الوسائل التكريهية الأخرى

يمكن القول أن أي شيء غير سار **يُعدُّ مصدر إشراط تكريهي**. ويخبرنا فيلبوت Philpott (١٩٦٧) أنه تمكن من التغلب على التفكير الوسواسي بجعل المريض يحبس أنفاسه بالقدر المستطاع في كل مرة تتطفل عليه فكرة وسواسية وتستأثر بوعيه وتفكيره. كما وصف لنا لوبلين (١٩٦٨) تقنيتين استنشاقيتين تكريهيتين لعادة التدخين. إحداهما نفث دخان التبغ في وجه المدخن بواسطة جهاز خاص في الوقت نفسه الذي يدخن أثناءه لفافة التبغ. والثانية يتعين على المدخن أن ينفث نفثاً منتظماً على لفافة تبغ بإيقاع البندول، فيستنشق كل ست ثوان دخان اللفافة الأولى، ومن ثم ينفث دخان السيجارة بدون استنشاق كل ثلاث ثوان للفافة الثانية (وهذه طريقة يلجأ إليها الآباء لجعل أولادهم ينفرون من التدخين).

إن هاتين الطريقتين هما على غاية من التكريه والتنفير. إذ من الصعب جداً أن يتمكن المدخن من الاستمرار في تدخين اللفافة حتى

نهايتها. فالمدخنون (تعدادهم ٣٦ فرداً) الذين خضعوا إلى هذه التجربة تعرضوا إلى جلسات من هذا القبيل عددها ست، ومدة كل جلسة نصف ساعة وسطياً، وتوقف ١٦ مدخناً عن التدخين توقفاً تاماً مدة سنة، ومع ذلك لم تعط أي طريقة من الطرائق العديدة المضادة للتدخين النتائج المرضية المأمولة على مستوى العلاج التكريهي السلوكي، بحيث تضع المدخن في طريق لا انتكاس فيه. إلا أنه إذا ما تم إشراك العلاج المعرفي مع السلوكي، فإن العلاج يكون أكثر فعالية (محمد حجار ١٩٩١)[١].

وهناك منبهات فيزيائية استعملت لأغراض خلق الإشراط التكريهي؛ مثل الضياء الشديد والصوت العالي الطبقة. مثالنا على ذلك امرأة عمرها ٣٠ سنة تبدي حساسية كبيرة وغير عادية للأصوات الحادة كخشخشة مجموعة مفاتيح، أو صوت المطرقة على الحديد، أو أي صوت حاد عالي الطبقة. عمد المعالج إلى إسماعها، من خلال سماعة رأسية، صوتاً حاداً جداً وفي الوقت نفسه كان يخشخش مجموعة مفاتيح أمام عينيها. وعندما كانت ترى المفاتيح كان الصوت الحاد الواقع على أذنيها يغطي أصوات المفاتيح. وبهذه الطريقة لم تعد تتحسس من الأصوات الحادة إطلاقاً. وظلت على هذا الربح العلاجي بدون انتكاس.

استخدم سربر Serber (١٩٧٠) الخجل كمنبه مُكرِّه في علاج حالات الانحراف الجنسي، والتلصص الجنسي Voyeurism، والاتصال الجنسي بالأولاد Pedophilia، والافتضاحية Exibitionism (إظهار العورة). إذ كان يتم إزعاج المنحرف عندما يُقدم على سلوكه المنحرف

---

(١) تم علاج ثلاثة مدخنين بالطريقة السلوكية ـ المعرفية فكانت النتائج مشجعة؛ إلا أن مزيداً من التجارب على هذا المنوال لا بد منها، لاستخلاص نتائج أكثر مصداقية.

بتعريضه إلى مشاهدة الناس له. وكان على المريض أن ينجز فعله الجنسي المنحرف لمدة ١٥ ـ ٣٥ دقيقة بوجود أعداد متزايدة من المشاهدين. وبوساطة هذه الطريقة تحرر خمسة مرضى من أصل سبعة من انحرافهم وبمتابعة مدتها ستة أشهر، إلا أن أكثرهم انتكسوا فيما بعد.

ونافلة القول إن العلاج التكريهي يستند عملياً إلى تقنية الكفِّ المعاكس لاستجابة الهدف بالعنصر المكرِّه.

إن التوجيهات التالية العملية للعلاج التكريهي القائمة على عادات انفعالية مستمدة من العالمين آزرين Azrin وهولز (١٩٦٦) في إزالة العادات الحركية بوساطة العقوبة.

أ ـ يجب أن يكون المنبه شديداً وفقاً للضرورة من أجل إضعاف الاستجابة السارة كلياً.

ب ـ يجب أن تُعطى المنبهات المكرهة بصورة متزامنة مع الاستجابة.

جـ ـ يجب أن لا تتمَّ زيادة المنبه التكريهي زيادة تدريجية ولكن بتقديمه بشدة مقررة سابقاً.

د ـ إن تكرار إعطاء المنبهات التكريهية يجب أن يكون عالياً بالقدر المستطاع، وعلى المستوى المثالي بحيث يُعطى المنبه عند كل إثارة للاستجابة المراد إزالتها.

هـ ـ يجب أن يكون الهدف الانفعالي البديل جاهزاً، والواجب ألا يتعرض للعقاب، وألا يقدم التعزيز الأكبر أو نفسه للاستجابة التي تتعرض للإطفاء. فمثلاً إن الفيتيشية أو الافتضاحية تحتاجان إلى أداء علاقات جنسية سوية.

و ـ يجب ألا يوصى بالعلاج التكريهي قبل البحث والاستكشاف عن جذور القلق للسلوك غير التكيفي، وبالتالي معالجة القلق إن وجد.



الفصل الثالث عشر

علاج الاستجابات الجنسية المُثبطة

من المعلوم أن الاستجابات الجنسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالإثارة السارة العارمة ولا سيما خلال الجماع. أما الإثباط الجنسي المُزمن خاصة (ضعف الشهوة الجنسية أو ضعف الانتصاب) فيُعزى في كثير من الحالات إلى قصور في الجهاز الغدي الصمي أو إلى مرض بدني (لسنا هنا في مجال تعداد الأمراض المسببة)، حيث يكون للإشراط دور مهم في هذا الاضطراب في معظم الحالات. وعادة تصبح استجابات القلق الإشراطية للمنبهات (المثيرات) المقترنة بالاستجابة الجنسية متنافرة مع الأخيرة فتثبطها.

وينجم التأثير المثبط للاستجابة الجنسية عن الخجل،والكراهية أيضاً، كما أن الإثباط الجنسي العابر تسببه الشدّات والتوترات ومحاولة تنفيذ الأداء الجنسي في موقف غير ملائم سيكولوجياً (مثل فضِّ غشاء البكارة ليلة الزفاف)، أو المنبهات المزعجة البيئية كالأصوات العالية والضجيج خلال الاتصال الجنسي.

وعموماً يثبط القلق الاستجابة الجنسية لأنه ينبِّه الجملة العصبية الودِّية المضعفة للاستجابة الجنسية (ضعف ورود الدم إلى أوعية القضيب

مما يؤدي إلى ضعف انتصابه أو عدمه). فالإثارة الجنسية هي من وظيفة نشاط الجملة العصبية اللاودِّية، وذلك قبل مرحلة الدفق (ماسترز وجونسون ١٩٦٦) بينما القلق على عكس ذلك، فهو من وظيفة الجملة العصبية الودِّية، **لذلك كلما تزايد القلق، تناقصت الإثارة الجنسية.**

وكما سبق ورأينا، تستخدم الإثارة الجنسية كاستجابة معاكسة للقلق. وهنا لا بد من إعداد الاستجابة الجنسية القوية إعداداً كافياً للسيطرة على استجابة القلق وإضعافها.

وقد أفادنا بالكوف وكاراس (١٩٥٧) بأن العُصابات التجريبية عند الكلاب يمكن إطفاؤها بالإثارة الجنسية، وأن علاج العصابات الإكلينيكية يمكن أن يتم على غرار المبدأ المذكور أي بالاستجابة الجنسية.

وأحياناً نجد أن العاطفة المستندة على قاعدة واسعة تسمى الحب أحياناً، تكون كافية لتثبيط القلق، ولذلك نجد أن عاطفة الحب القوية تؤدي دور الاستجابة المثبطة لعصاب القلق لدى الفتاة القلقة التي يربطها الحب بأحد الشبان.

وبما أن الكثير من حالات القلق النفسي التي يعانيها الناس تكون خفيفة الشدة، تتعرض تلك الحالات للإطفاء بفعل قوة العواطف المعاكسة لها التي تثيرها حوادث الحياة.

١ ـ علاج عدم الكفاية الجنسية عند الذكور

وظيفياً نُسمي العِنة الجنسية Impotence عندما تتظاهر:

أ ـ بضعف الانتصاب Poor erection.

ب ـ بالدفق المبكر Premature ejaculation.

جـ ـ بالاثنين معاً.

فانتصاب القضيب يحدث بتأثير الجملة العصبية اللاودِّية، بينما القلق المضعف لهذا الانتصاب يتكون بتأثير الجملة العصبية الودية المقبِّضة لأوعية القضيب، والمسرِّعة للدفق Ejaculation (أندرسون ١٨٩٥). إذن فإن سوء الأداء الجنسي يكمن في القلق الواجب إزالته.

ورغم أننا نجد أحياناً في القلق سوابق لا ترتبط بسوابق جنسية، مثل الخوف من رضِّ إيلاج القضيب عند الأنثى (ولبي ١٩٥٨)، (أي خوف معرفي لا خوف تقليدي)، إلا أن معظم الحالات يكون القلق فيها من ضمن الخبرات الجنسية، ونتاج هذه الخبرات.

ويتوقّف استخدام الاستجابة الجنسية كوسيلة لتثبيط القلق على تعرف الموقف الباعث للقلق بالدرجة الأولى، يليه الكشف عن العوامل التي تسيطر عليه. فمثلاً قد يظهر القلق لحظة دخول الزوج إلى غرفة النوم، أو عندما يكون في الفراش مع زوجته.

ويكون العلاج وفق التالي:

أ - أن يفسر المعالج للمتعالج أن الإثارة الجنسية ذاتها مناهضة للقلق، وقادرة على إضعافه، إذا كانت قوية وكان القلق ضعيفاً نسبياً.

ب - على المعالج أن يحدِّد التقربات الجنسية إلى أن يظهر القلق على المتعالج.

جـ - يتعين على المتعالج أن يحصل على تعاون زوجته. فالزوجة قد تعتبر تقربه الجنسي منها سلوكاً شاذاً وغريباً إذا حاول تطبيقه بدون تفسير مسبق.

د - ينبغي على الزوجة تجنب توتير زوجها وإقلاقه بما قد تُظهره من حركات وأفعال أو كلام غير ملائم. وعليها ألا تستهزىء منه، أو تلحّ

عليه بأي درجة معينة من الأداء الجنسي. فدورها يكون في تقبُّل التقرب بدون إبداء أي انزعاج أو امتناع، أي بتعبير آخر التعاون مع زوجها في كل سلوكياته التي رسمها له المعالج. وعلى الرغم من معاناة المرأة، فيجب أن تعلم بأن تلك المعاناة تهون أمام تحقيق النتيجة المتوخاة.

هـ - تستطيع معظم النسوة الحصول على الإشباع الجنسي (Orgazm) بالمداعبة، وهذا الأمر يساعدهن على تحمُّل فترة علاج أزواجهن.

و - إذا عانى الزوج من الشعور بالقلق أثناء مجالسته لزوجته عليه **ألا يفعل أي شيء حتى يزول القلق**. وعادة يستطيع بعد فترة مجالستين أو ثلاث مع زوجته أن ينعم بالهدوء النفسي المطلوب لتحقيق الإثارة.

ز - ويمكنه فيما بعد الانتقال إلى المرحلة الثانية؛ أي مرحلة المداعبة.

ح - عندما تتمُّ المداعبة بدون الشعور بالقلق يمكنه الانتقال إلى المرحلة التالية، وهي المجامعة بدون إيلاج.

ط - ثم يُسمح له بإدخال عضوه بالتدريج، مع قليل من الحركات الجماعية التي تزاد تباعاً حتى تصبح العملية الجنسية مكتملة. ولا ينبغي عليه أن يغفل عن الشرط المسبق لإتمام الجماع **ألا وهو انحسار القلق برمته**.

وهكذا نرى أن التقربات، بخطواتها التي ذكرناها، تستند إلى إزالة التحسس تدريجياً من القلق الجنسي المُعاكس باستجابات جنسية مُثارة إثارة تصاعدية ومضعفة للقلق.

إن خطة تفاصيل المعالجة تُقرَّر على أساس فردي، ودور الزوجة في التعاون مع الخطة العلاجية يعتبر أساسياً (سيمانس ١٩٥٦) في مساعدة زوجها على تحقيق الانتصاب الصحيح.

ولا بد من تكرار الخطوات السابقة بالأسلوب ذاته خلال جميع المجالسات العلاجية، لأن الهدف من ذلك هو زيادة الكمون الدفقي (أي إطالة مدة الجماع الذي يمتد أحياناً من عدة ثوان إلى نصف ساعة أو أكثر). ويستطرد «سيمانس» في علاجه لحالة معينة بالتوصيات التالية للزوجين المتعالجين:

«إذا شعر أحد الطرفين بالتعب عليه أن ينام فترة قصيرة من الزمن، ثم يعودان إلى المداعبة لتحقيق الإثارة الجنسية المتبادلة. وعلى كل طرف أن يخبر الآخر عن مرحلة الإثارة التي وصل إليها. وإذا وصل الزوج إلى عتبة الدفق عليه أن يعلم زوجته بذلك لتتوقف عن مداعبته حتى يذهب الإحساس باقتراب الدفق، ومن ثم تُعاود ممارسة الإثارة، وتوقف من قبل الزوج عندما يصل إلى مرحلة ما قبل الدفق. ومن خلال تكرار ما ذكرناه يمكن تأخير الدفق تأخيراً لا محدوداً. وعندما يزول الانتصاب زوالاً تاماً يُنصح الزوجان بالإخلاد إلى النوم لبعض الوقت، أو الكفِّ عن متابعة الإثارة بغية استمرارية جهودهما في ذلك الوقت، وعليهما أن يتصارحا لاحقاً بالعوامل التي جعلت حدوث الدفق أكثر سرعة، وذلك مثل ترطيب عضو الرجل التناسلي بمادة زيتية لزجة تتوافق مع المهبل.

ولقد وصف لنا كل من ماسترز وجونسون (١٩٧٠) المناورة الجماعية (من الجماع) التي تسهِّل تلك التقنية، ووجدا أن الدفق عندما يصبح حتمياً، يمكن للمرأة أن تعيقه بأن تضغط بأصبعها على القضيب أي على الأخدود التاجي بين الإحليل وظهر القضيب Dorsum، أو بالضغط غير المؤلم على الخصيتين بالإصبعين. وظهر من نتائج العلاج السلوكي للاضطراب الجنسي عند الرجل (ضعف الانتصاب أو الدفق المبكر) لحالات عددها ١٨ حالة، أنه تمَّ شفاء ١٦ حالة (٧٨٪) بحيث تمكن

أفرادها من إنجاز أداء جنسي مُرضٍ، أما الحالات الثلاث الباقية (١٧٪) فقد حصلت على قبول في الأداء الجنسي، من قبل الزوجات، وكانت مدة العلاج ١١ أسبوعاً.

٢ ـ علاج عدم الكفاية (القصور الجنسي) عند الأنثى

تشير كلمة البرود الجنسي Frigidity إلى عدم الكفاية الجنسية عند الأنثى، وهي تسمية غير علمية ومجحفة، لأنها تتضمن معنى البرود العاطفي أو فقدان الاستجابة الجنسية.

وما يجب الاطلاع عليه في هذا الموضوع هو أنه توجد هناك درجات لحالات إثباط الاستجابة الجنسية عند النسوة، بدءاً من انعدام الاستجابة مهما كان نوع الفعل الجنسي، إلى العجز عن إتمام الرعشة رغم الإثارة الجنسية العالية جداً.

وهناك نوعان من الحالات التي يجب التمييز بينهما: حالات فقدان الاستجابة الجنسية نحو الذكور، وحالات عدم الاستجابة الجنسية تجاه ذكر معين، يكون في كثير من الحالات زوج المريضة المصابة بالبرود. وبالطبع تتميز الحلول الممكنة بأنواع على درجة من الاختلاف.

أ ـ التثبيط العام للإثارة الجنسية

ونعني هنا الإثارة الجنسية المثبطة حتى مع الشريك ذي الرغبة العالية. وقد يكون التثبيط مطلقاً أو نسبياً. وفي بعض الأحيان يكون السبب عضوياً، أي أن جهاز الاستجابة الجنسية غير نامٍ. ولا تكون المريضة عادة واعية بذلك لأنها لم تخبر في حياتها الإثارة الجنسية، كما لا نجد في سيرتها أي خبرة جنسية راضة قد تكون السبب في الإثباط

الإشراطي. ويمكن القول إن العجز هنا مرده تركيبي عضوي، وهذه المعضلة المأساوية لا حلَّ لها.

وهناك حالات أخرى ذات أساس عضوي، تتيح للمرأة بلوغ الإثارة الجنسية، إلا أن الجماع يقترن عندها بالألم والانزعاج، وذلك بسبب وجود حالة باتولوجية مؤلمة في المهبل (تشنج المهبل مثلاً) أو وجود منطقة فيها ندبات في النسيج المهبلي أو آفة التهابية. وكم تكون الحالة مضللة جداً عندما يتعجل المعالج النفسي فيعزو حالة البرود الجنسي أو الخوف إلى اضطراب نفسي، وتعالج مطولاً بلا طائل، في الوقت الذي يعوز هذا المعالج الفهم العميق لأسباب الإثباط الجنسي من الناحية العضوية. ويذكر لنا الدكتور ولبي أن امرأة راجعته تشكو من إثباط جنسي، عولجت معالجة نفسية تحليلية مدة أربع سنوات بلا طائل، علماً بأن سبب ذلك الإثباط يعود إلى تشنج مهبلي ناتج عن قرحة مؤلمة في المهبل، لذا فالفحص النسائي مهم ولا بد من القيام به أولاً قبل أي تشخيص. إلا أن معظم حالات الإثباط الجنسي مردها إلى التثبيط الإشراطي الذي يعود إلى تواريخ الخبرات الأولية المرتبطة بالمشاعر السلبية، والقلقة إزاء المنبهات الجنسية.

وقد تكون الخبرات السببية معلوماتية، تعود إلى أصول دينية، أو إلى أحاديث ومقولات الأم التي كانت هي نفسها تعاني من خبرات جنسية مخيفة أو غير سعيدة. فإذا ما تعلمت البنت الصغيرة أن الجنس قذر، فإن المشاعر السلبية المثارة بفعل هذه النعوت والتسميات للجنس ستجعلها في المستقبل تُثبط الأفكار الجنسية المثارة عندها. وبتعبير آخر يكون التثبيط للإثارة الجنسية هو النتيجة المباشرة للإشراط الكلاسيكي الذي يحدث عندما تُعاقَب على ممارستها للاستمناء، أو تُخوَّف من الاستمناء أو اللعب

الجنسي. وقد ينتج الإشراط الكلاسيكي عن الاغتصاب[1] أو الرضوض الجنسية الأخرى، أو ينشأ هذا الإشراط الكلاسيكي **عند الإثارة الجنسية التي أصابها الإحباط إصابة متكررة بطريقة أو بأخرى** (عدم الوصول إلى الرعشة الجنسية). ثم إن البرود الجنسي ينشأ أحياناً نتيجة الخبرات السلبية الناجمة عن عمق المحبة في علاقة تتسم بدرجة كبيرة من الحرارة.

ويتوقف علاج البرودة الجنسية العامة على ما **يكشفه تحليل المنبه ـ الاستجابة للحالة**، أي بتعبير آخر **تعرف المنبه الذي يخلق الاستجابة الكافَّة المثبطة للإثارة الجنسية**.

فإذا كانت هناك توجهات مذهبيةٍ خاطئة فلا بد من إزالة الأوهام والتصورات الخاطئة حيال الجنس والنشاط الجنسي وبالتالي **إعادة تثقيف المريضة** في هذا الميدان. أما إذا كان السبب هو الموقف العاطفي السلبي، المرتبط بالقلق الذي أصابه الإشراط بالجوانب المختلفة للموقف الجنسي، حينئذ فإن العلاج يكون بالأخذ بتقنية إزالة التحسس المنهجي التي تُقرَّر تفاصيلها بتعرف المنبه السابق للقلق. وإذا كان سبب البرود هو نتاج الاستياء المستمر من فشل الزوجة بالوصول إلى الارتواء الجنسي فيمكن حل هذه المشكلة بتشجيع الزوجة على الإفصاح عن رغباتها لزوجها بصراحة. وهنا نكون أمام علاج تأكيدي.

ب ـ البرود الجنسي الموقفي Situational

غالباً ما يكشف تحليل السلوك أن المرأة التي تشكو البرود الجنسي ليس من الضرورة أن تكون قد تعرَّضت إلى إشراط سلبي للمنبهات

---

(١) من المعلوم أن الاغتصاب أضحى سلوكاً شائعاً جداً في الحضارة الصناعية وفي المدن الكبيرة عموماً.

الجنسية عموماً، ولكن يكون البرود ناجماً عن موقف خاص تجاه رجل معين. وإذا كان الأمر كذلك فإن السؤال المطروح هو: لماذا لا تستجيب له جنسياً. وفي كثير من الحالات نجد السبب يكمن في كونها لا تهتم به كشخص، مثل حالة فتاة وقعت في حب زوجها لحكمته وحصافة عقله، ثم اتضح لها لاحقاً أنها أساءت الاختيار، وعندما اكتشفت حقيقته كانت في حالة استعداد للاستجابة الجنسية.

إلا أننا نجد في بعض الأحيان صعوبة في تحديد أمثال هذه القصورات والعيوب. فعندما يكون هناك قصور في الانجذاب نحو الزوج فليس هناك ما يمكن فعله بهذا الخصوص، إلا أنه مع كر الزمن يمكن أن تنشأ بين الزوجين صحبة سارة، ومحبة تكون الأساس لمشاعر الحب.

وبالتأكيد يتعين علينا دوماً تعرف مصادر الإثباط في الاستجابة الجنسية ومعاينة مدى قابلية التبديل. وقد يكون هناك شيء يجعل سلوك الزوج قابلاً للتبديل، مثل عودته إلى البيت من عمله في أوقات غير منتظمة بدون أن يخبر زوجته عن الأسباب مسبقاً، أو أن يشغل نفسه بالقراءة، ومشاهدة التلفاز، أو اللعب بالورق، وهذا ما يجعل علاقته الحياتية مع زوجته واهية. ولا شك أن هذه السلوكيات تعتبر مقلقة جداً للزوجة، وإذا ما استمرت فإنها ستجعلها تعزف عنه، وستتحول محبتها إلى نفور، وعلاقاتهما الجنسية إلى فتور وجمود. ولا شك أنه يمكن لغالبية الأزواج تبديل سلوكهم تجاه زوجاتهم إذا ما تصرفن معهم تصرفاً فيه مزاجية الإصرار وتأكيد الذات المتوازنين.

ومن المعلوم أن الخصام بين الزوجين هو مسألة كراهيات ثنائية متبادلة، حلزونية القوة. فعندما يشعر أحد الزوجين أن مشاعره مُسَّت من قبل الطرف الآخر، فإنه يلجأ إلى تجميد عواطفه تجاهه ويعمد إلى الثأر

منه بطريقة ما، وهذا بدوره يثير المزيد من سلوك البغضاء والسلبية.

ومن الأهمية بمكان أن يتم كسر هذه الحلقة المعيبة حتى لو دامت فترة طويلة، ويكون ذلك **بإنشاء علاقة تعاقدية بين الإثنين** يلتزم بها الطرفان، ويتم فيها ما نسميه بالتعزيز الإيجابي المتبادل.

وينصحنا العلامة ستيوارت (١٩٧٥) بإنشاء برنامج مفصَّل يتضمن ما يسمى «بالتعاقد الزوجي»، فيه التزام كل طرف بتلبية رغبات الطرف الآخر وطلباته، إضافة إلى بطاقات تعطي درجات من حيث تنفيذ الرغبات المتبادلة. وكل طرف يُعطى الفرصة كي يتعلم أن التعزيز الإيجابي للآخر يتم تعويضه بالنوع، وأن جوهر هذا الأسلوب هو ترجمة الشكاوى العامة إلى حالات خاصة (مثلاً أنت تنتقد طبخي أمام أهلك، فتؤلمني بذلك).

بالطبع إن مسألة التعزيز المتبادل غالباً ما تكون صعبة التطبيق لأنها تؤدي إلى نقاش وجدل كبيرين.

الفصل الرابع عشر

استخدام المواد الكيمياوية في إزالة إشراط القلق

١ ـ وصف الدواء التقليدي

عندما يعاني فرد من القلق الكبير أو الاضطراب الانفعالي، معاناة مستمرة أو متقطعة، يكون من المرغوب فيه ومن المفضل أن يوصف له الدواء. وفي الحقيقة يلجأ معظم الناس إلى الأدوية المهدئة ويتعاطونها من أنفسهم، وأكثرها شيوعاً الكحول. وغالباً ما تضعف هذه المهدئات القلق، إلا أنها لا تفعل ذلك دوماً، وهي، إضافة إلى خطورتها الناجمة عن التعوُّد والإدمان، لا تحمل في طياتها ما يبشر بالشفاء.

وكما يعرف كل إكلينيكي، إن التجربة والخطأ هي التي ترشد المعالج إلى الدواء الأكثر فعالية في الحالة الفردية. فالأدوية مثل ديازبام (فاليوم) بمقادير من ٥ ـ ٢٠ ملغم أو كلور ديابوكسيد (ليبريوم) بمقادير من ١٠ ـ ٤٠ ملغم، ثلاث أو أربع مرات يومياً، تعتبر فعالة في إضعاف القلق. وعندما لا تعطي هذه الأدوية النتائج المرجوة منها، حينئذ لا بد من تجربة الأدوية الأخرى، ومن ضمنها مشتقات الفينوتيازين أي Trifluoperazine، والثيوريدازين (Melleril) أو

Hydroxyzine Hydrochlorid (ATARAX)، ويضاف إليها الأدوية المضادة للاكتئاب المختلفة التي هي إما من مشتقات مثبطات أحادي الأكسيداز أو الثلاثية الحلقة. وفي بعض الحالات، يبدو المزيج مع الليبريوم أكثر فعالية. وفي رأي ولبي أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة مثل «إميبرامين» قد تكون فعالة أيضاً، وسريعة جداً أحياناً، بمقادير علاجية ضئيلة.

وحديثاً أضيفت إلى الترسانة العلاجية حاصرات مستقبلات بتا الأدرينالية Beta blockers المضادة للقلق، وآلية عملها محيطية بحتة.

إن السيطرة على التعرُّض بوساطة الدواء لا تحتاج دوماً إلى إعطاء الجرعة خلال اليوم. فإذا كان القلق يُثار فقط بفعل مواقف نوعية يمكن التنبؤ بها، **حينئذ يُعطى الدواء قبل ساعة أو أكثر من التعرض إلى الموقف المتوقع المثير للقلق**. فالمريض الذي يخاف من تمحص الناس فيه مثلاً، يمكن أن يأخذ جرعة مهدىء قبل ساعة من المثول أمام الناس (إلقاء محاضرة مثلاً). والفرد الذي يخاف من الطيران يمكنه تناول حبة ديازبام قبل ركوبه الطائرة، وهذا ما يجعلنا نعتقد أن كثيراً من المرضى يكتشفون بأنفسهم أن بإمكانهم حماية ذواتهم ضد مواقف قلق قابلة للتنبؤ بهذه الطريقة.

ويطالعنا دْروبي وجماعته (١٩٦٣) بأهمية مستحضر إميبرامين في علاج السلس البولي الليلي عند الأطفال، ولكن ليس على أساس الشفاء بل ضبط العَرَض، إلا أنه اتضح أن ٣٠٪ من الأطفال الذين أعطوا هذا المستحضر تخلصوا من السلس البولي نهائياً، بعد سنة من تناول هذا العلاج تناولاً مستمراً.

كذلك نجح دْروبي وجماعته (١٩٦٤) في إضعاف القلق وتأخير دفق المني عند مرضى الدفق المبكر بإعطائهم أدوية مثل: ميليريل، فاليوم، نارديل، بالمشاركة أحياناً مع دواء الأرغوتامين. ويمكن القول إن الأداء الجنسي الناجح المتكرر تحت تأثير هذه الأدوية يمكِّن المريض فيما بعد من الاستمرار في الأداء الجنسي الناجح بدون هذه الأدوية.

وتمكَّن بيتس Pitts وماك كلور (١٩٦٧) من إثارة نوبات قلق بإعطاء المجرَّب عليه شاردة لاكتات Lactate ion. كما يمكن تجنب أعراض القلق بإعطاء شاردة الكالسيوم Calcium ion. وهناك نوع أخر من السيطرة على الأعراض عند بعض النسوة المريضات. فمن المعلوم أن ردود الفعل الانفعالية غالباً ما تتقوى (إن لم نقل هي المسببة) بفعل العوامل الهرمونية. فعند كثير من النسوة يحدث تفاقم الأعراض في الأسبوع السابق على الطمث، وقد يستمر خلال فترته. ويمكن الحصول على تحسن ملحوظ بإعطاء مستحضرات الهرمونات الأنثوية للنسوة. وفي أكثر الأحيان والحالات يُكتفى بالمقادير العادية التي تُعطى عادة لأغراض منع الحمل. وأحياناً لا يشمل تحسن أعراض توتر ما قبل الطمث الأطوار الأخيرة من الدورة فقط، بل يمتد ليغطي كامل الدورة.

وفي بعض الحالات عندما لا تنفع حبوب منع الحمل في تحسين الحالة التوترية، تستجيب النساء استجابة جيدة لمقادير عالية من البروجستيرون بالعضل، أو بالتحاميل وليس عن طريق الفم، حيث أن نجاعته غير مؤكدة (دالتون ١٩٦٤).

٢ ـ إضعاف القلق المنتشر بمادة ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين

عندما يكون القلق منتشراً «أي عائماً»، ويظهر نتيجة وجود إشراط

بجوانب منتشرة من الإثارة أو التنبيه، مثل: المكان، والموقف، وإحساسات البدن (ولبي ١٩٥٨) فإن الإجراء الفعّال في السيطرة على هذا القلق هو إعطاء المريض **جرعة واحدة إلى خمس جرعات من مستنشق مزيج الأكسجين وثاني أكسيد الفحم**. وهذا المزيج يتكون من: ٣٠٪ ثاني أكسيد الفحم + ٧٠٪ أكسجين.

ويستمر المريض في استنشاق هذا المزيج إلى أن يفقد وعيه، وفق تكنيك ميدونا Meduna (١٩٤٧). إلا أن هذه التقنية بهذه الصورة لا تخلو من مخاطر.

يرى جوزيف ولبي من خلال تجاربه في وحدة العلاج السلوكي[1]، أن أفضل استخدام يكون باستعمال أسطوانتين إحداهما فيها غاز ثاني أكسيد الفحم والثانية أكسجين ويُمزج الغازان حسب الحاجة.

وهذا ما يمكّننا من ملاءمة ذلك حسب تحمل المريض بتركيز يناسبه (تركيز منخفض أو عالٍ حسب الحاجة والاستجابة).

ويتلخص أسلوب التطبيق فيما يلي:

يتأكد المعالج أولاً من مستوى قلق المريض وفقاً لمقياس وحدات القلق الموقفي الهرمي SUD، ثم يشرح للمريض ما ينبغي عليه عمله، ويبين له التأثيرات المحتملة. ولعل التقديم النموذجي لهذه التقنية إلى المريض يكون بالتالي:

«إن درجة القلق العالية المستمرة تجعل من الصعب عليك الاسترخاء بالطريقة العادية، وبالتالي إضعاف القلق إلى المستوى

---

(١) الدكتور حجار هو تلميذ العلامة ولبي، وقد تدرب على العلاج السلوكي في وحدة العلاج السلوكي في ولاية بنسلفانيا ـ جامعة تامبل.

المطلوب. أحياناً نجد أنه من الممكن الحصول على الاسترخاء من خلال استنشاق مزيج من ثاني أكسيد الفحم والأكسجين. فثاني أكسيد الفحم هو غاز موجود في بدنك وفي تنفُّسك، وله خصائص فيزيولوجية ذات قيمة. فهو ينبه التنفُّس، وكثيراً ما يستخدم لإنعاش المرضى تحت التخدير.

الآن سأعطيك جرعة استنشاقية من غاز ثاني أكسيد الفحم تتجاوز النسبة الموجودة في رئتيك. وعندما أملأ الكيس الذي يتصل به القناع بمزيج من الغازين سأطلب إليك أن تستنشق هذا المزيج بواسطة القناع **بشهقة واحدة فقط**. وبعد عدة ثوان ستبدأ بملاحظة بعض الأعراض التي ستبدو لك غير عادية، ولكنها ليست غير سارة. قد تلاحظ أن تنفُّسك أضحى قصيراً (زِلة تنفسية)، وأن دقات قلبك بدأت تزداد في تسرُّعها (نحدث هنا صُنعياً ما نسميه فرط تهوية رئوية Hyperventilation)، وأن وجهك قد احتقن، وأن الخدر أصابك (تنميل في الأطراف)، وستصبح في حالة تشبه الدوار، إضافة إلى إحساسات أخرى. **وهذه الأعراض طارئة، تبلغ شدتها خلال خمس ثوانٍ ومن ثم تنحسر**.

الآن، أريد منك أن تمسك القناع بيدك، وتراقب امتلاء الكيس بالغازين، وبعد عدة ثوان سأطلب إليك أن تفعل التالي:

أولاً: أزفر الهواء الموجود في صدرك بالقدر الذي تستطيعه. ثانياً: ضع القناع على منخريك وذقنك بإحكام تام. ثالثاً: اضغط الزر الموجود في القناع فيتحرر الغاز، ويدخل فمك. رابعاً: **استنشق الغاز بما يملأ نصف رئتيك منه**. خامساً: أبعد القناع عن وجهك».

في بعض الحالات يُحدث امتلاء نصف الرئة بمزيج الغاز الارتكاس الرئوي المطلوب، بينما في حالات أخرى يكون الارتكاس قليلاً، وأحياناً معدوماً. وهنا تُعطى استنشاقات كاملة متزايدة، وتتبع ـ إذا استوجبت

الضرورة ـ بتركيزات عالية من غاز ثاني أكسيد الفحم. ويُنصح ألا يتم ملء الرئة بالغاز امتلاءاً كاملاً في المرة الأولى، خاصة عندما يكون هناك أي سبب ما يوحي بأن المريض قد يُصاب بالاضطراب، بفعل الإحساسات غير العادية التي يثيرها الغاز. ومن المهم الاستعلام من المريض مسبقاً عما إذا كان لديه مخاوف من الاختناق أو المواد التخديرية. وإذا جاء الاستعلام إيجابياً، حينئذ لا بد من اتخاذ الحيطة المناسبة في هذا الأسلوب من العلاج، وذلك بتزويد المريض بالمعلومات عن التعود لمدة عدة دقائق في كل جلسة من الجلسات المَتتابعة.

ففي بادىء الأمر يُطلب إلى المريض ألاّ يفعل شيئاً سوى مسك القناع، ثم يستنشق من القناع وهو على بعد إنشٍ إو إنشين من منخريه، أثناء خروج مزيج الغاز من الصباب المفتوح، ثم يأخذ استنشاقاً قصيراً من الغاز، وبعد ذلك يأخذ عدة أنفاس عميقة متزايدة، مع توقفات بينها إلى أن يستنشق كامل مقدار الغاز الموجود في الكيس.

هذا وعلى الرغم من الحذر الكبير المتخذ، يمكن أن يتعرض بعض الأفراد إلى التحسس، مما يجعل هذه الطريقة غير مناسبة لهم إطلاقاً.

وما لم يُحدِث هذا المزيج الارتكاس التنفسي المطلوب، فإنه من غير الاعتيادي مشاهدة تخفيضٍ مهم بمستوى القلق. وإذا صدف ولم تُحدِث الجرعة الاستنشاقية الكاملة من هذا المزيج فرط التهوئة الرئوية المطلوب (ضيق تنفس + تسرع القلب) فإن تأثير هذه الجرعة يمكن زيادته بإحدى المناورات التالية:

أ ـ الطلب إلى المريض أن يمسك تنفسه بعد استنشاقه للغاز.
ب ـ الطلب إليه استنشاق الغاز مرة أو مرتين تتابعياً، أو زيادة تركيز ثاني أكسيد الفحم إلى المقدار ١٠٠٪ إذا تطلب الأمر.

بعد كل استنشاق يطلب المعالج من المتعالج أن يذكر مستوى درجة القلق والذي يسجل وفق مجموعة الرموز التالية:

ثاني أوكسيد الفحم مع أكسجين (OX) ٦٠ ← ٤٥ ← ٣٥ ← ٢٥ ← ٢٠ ← ٢٠.

تشير مجموعة الرموز المذكورة إلى أن أربع استنشاقات من مزيج الغاز أضعفت القلق الذاتي من درجة ٦٠ إلى درجة ٢٠، وأن الاستنشاق الخامس لم يؤثر حيث بقيت الدرجة ٢٠، وأن الفشل في تخفيض الدرجة ٢٠ مرده إلى توقف إعطاء الغاز. ورغم أن درجة القلق التي وصل إليها المريض (وهي ٢٠) لا تكون مثالية عادة، إلا أنها برهان ذاتي على أن جهود المريض المبذولة للاسترخاء وإضعاف القلق إلى درجة الصفر، هي أكثر احتمالاً من جهوده في إضعاف القلق عندما كان في ذورته بدرجة ٦٠.

ويحدثنا جوزيف ولبي أن حوالي خمسة مرضى يشكون من القلق المعمم استجابوا إلى هذه التقنية الغازية (ولبي ١٩٦٩). ومن ناحية أخرى نرى أن القلق الفصامي لا يستجيب إطلاقاً إلى هذه التقنية إن لم نقل إنه يزداد سوءاً، وهذا ما يجعل هذه التقنية بمثابة تشخيص تفريقي بين القلق العُصابي والقلق الفصامي الطابع، ولكنها أقل وثوقية من تخطيط بؤبؤ العين (روبين ١٩٧٠).

لا نعرف حتى الآن بالدقة آلية الغاز في إضعاف القلق، ولكن يفسرها ولبي أنها قد تكون من نوع التثبيط المعاكس Reciprocal inhibition للقلق بالاستجابات المباشرة إلى الغاز، أو بالاسترخاء الارتكاسي الذي يعقب استنشاق الغاز أو بالاثنين معاً. لكن من المؤكد أن

التأثير ليس فارماكولوجياً مباشراً يستند إلى وجود ثاني أكسيد الفحم في البدن. ولنعلم أن استنشاقاً لمرة واحدة أو اثنتين من شأنه إزالة القلق المعمم وتأخيره عدة أسابيع أو عدة أشهر، أو على أقل تقدير عدة ساعات (ولبي ١٩٥٨).

إن التعريض إلى موقف منبه نوعي مثير للقلق يظهر دوماً الشرط المسبق لإعادة ظهور القلق المعمم المنتشر الذي تمَّ إخماده باستنشاقات الغاز الثنائي، وحين يستطيع المريض تجنب مثل هذه المواقف المنشطة لهذا القلق يصبح متحرراً منه. وتشير ملاحظات كل من لوكيل Leukel وكينتون Quinton (١٩٦٤) إلى أن اكتساب إشراط التجنب من قبل الجرذان، قد تأذى بفعل إعطاء ثاني أكسيد الفحم. فكلما أسرعنا بإعطاء الغاز بعد حدوث الإشراط، ازداد التأثير السلبي.

ويمكن القول إن الاستجابات القوية في الجملة العصبية الذاتية (الإعاشية) التي يثيرها غاز ثاني أكسيد الفحم تبدو منافسة للقلق المعمم المنتشر وأكثر قوة منه.. أي بتعبير آخر إن الغاز يثير قلقاً أشدَّ من القلق المعمم، لذلك يُضعفه ويخمده ويثبطه.

ولنعلم أيضاً أن التأثيرات المهيجة للغاز يمكن استخدامها لإزالة إشراط عادات قلق نوعية.

٣ ـ استعمال الأدوية لإزالة الإشراط النوعي

من المعلوم أن الأدوية تثبط القلق لا سيما المهدئات الكبرى، وهذا التثبيط للقلق من شأنه أن يناهض المنبهات الموقفية المثيرة للقلق، فيكون بمثابة تثبيط معاكس لها، وهذا من شأنه إزالة العُصاب النفسي من خلال إزالة التحسس من المواقف المثيرة للقلق. وانطلاقاً من هذا الافتراض

عمد العلامة وينكلمان (١٩٥٥) إلى إعطاء مرضاه مستحضر كلور برومازين (المهدئات الكبرى) لمدة ستة أشهر أو أكثر بقليل، بمقادير كافية ليحصل على انخفاض ملحوظ للأعراض العُصابية، ثم سحب هذا الدواء تدريجياً، وقد وجد تحسناً استمر قُرابة ستة أشهر على الأقل بعد سحب الدواء عند ٣٥٪ من هؤلاء المرضى. ولسوء الحظ لم تكن في تجربته فئة ضابطة لمقارنتها مع الفئة التي أُعطيت كلور برومازين حتى نعرف تأثير البلاسيبو بالمقارنة مع ذلك الدواء.

وتطبيقاً لهذا الأسلوب عمد ولبي إلى استخدام الدواء في عملية إزالة التحسس الميدانية عند طالب لديه رهاب الصف. وكان على الطالب أن يأخذ الدواء باستمرار قبل كل مرة يتوقع فيها حدوث اضطراب له في الصف. وقد اتضح عدم شعوره بقلق مهم عند التعرض إلى المواقف الموترة في الصف وهو تحت تأثير الدواء، وكان هذا الدواء هو سيبروماميت[1]. ومن ثم توقف المجرب ولبي عن إعطائه هذا الدواء مع استمرار التلميذ في تعرضه للمواقف المدرسية الموترة، فلاحظ أن قلقه قد تضاءل بنسبة ٤٠٪ عن شدته السابقة قبل العلاج بالدواء.

وفي تجربة ثانية بعد ستة أسابيع أظهر الطالب انخفاضاً في القلق مقداره ٣٠٪ بحيث كانت نسبة التحسُّن العامة بحدود ٧٠٪.

وتمكَّن ولبي أيضاً من الحصول على شفاء تام من حالتي رهاب الخوف من التشوه البدني عند مريض يخاف من الجلوس على كرسي الحلاقة، وآخر يعاني من رهاب ركوب الطائرات. واستخدم للمريض

---

(١) كان هذا المهدىء يستخدم على نطاق واسع في الخمسينات قبل دخول الفاليوم إلى السوق، وقد سُحب من الأسواق بسبب إحداثه التعود والإدمان.

الأول الكودائين كمثبط للقلق خلال جلوسه على كرسي الحلاقة، ودواء سيبروماميت خلال تعرض المريض الآخر لركوب الطائرة. وهناك حالات تأتأة ودفق مبكر ناجم عن القلق نجحت فيها المعالجة الدوائية (أرفين ١٩٦٣).

وبدخول مشتقات بنزوديازبينات (فاليوم، ليبريوم الخ..) إلى الأسواق بدت معالجة العُصابات من هذا القبيل ذات قيمة، حيث يمكن زيادة جرعتها فتزيد القدرة على إضعاف القلق بدون حدوث نعاس شديد، إلا في حالة الجرعات العالية.

بالطبع، إن الغرض من إعطاء هذه الأدوية هو لأغراض التعرض للمنبهات المحدثة للقلق فقط، وإضعاف القلق في هذا التعرض لا يجب أن يُتخذ عادة مطلقاً، كما يفعل الأطباء النفسانيون عموماً في حالات المخاوف لدى المرضى، فيعطونهم هذه الأدوية كوصفة يومية، وفي الوقت نفسه يتجنبون علاج مخاوفهم. ومما يقوله العلامة ميللر، أول من جرب الليبيريوم في إزالة رهاب الساح، ورهاب اجتماعي (الخوف من تناول الطعام أمام الناس):

«يُعطى الدواء فقط لإزالة التحسس، وليس أبداً على أساس دائم. فالمرضى يخططون للتعرض لمخاوفهم، فيأخذون الدواء، وينتظرون حتى يبدأ تأثيره، ثم يعرِّضون أنفسهم للمواقف المثيرة لمخاوفهم (إما بالتخيل أو الواقع الحياتي)».

وقد أثبتت التجارب أن مدة علاج رهاب بلغت أربعة أسابيع في إحدى الحالات، وستة أسابيع في حالة أخرى. ،قد تمَّ شفاء الحالتين تماماً بدون الاستمرار في تعاطي الدواء بعد متابعة دامت ستة أشهر.

هناك نقطتان مهمتان يجب إدراكهما فيما يخص برامج إزالة

التحسس المنفذة ميدانياً تحت تأثير الأدوية المهدئة. أولاهما: إن فعالية هذه البرامج، تعتمد أساساً على ضمان عدم حدوث **إثارة قلق عالية إطلاقاً**، وإلا فإنه من المتوقع أن يحدث إعادة إشراط بدرجة مهمة من القلق، وبالتالي فقدان الأرضية التي تمَّ اكتسابها. وثانيهما: إن مخاطر الإدمان على الدواء تكون ضئيلة عندما تكون مدة العلاج الدوائي محدودة الزمن، وذلك خلاف تقنية الإغراق التي ذكرناها في فصل سابق.

وعندما يزول إشراط ردود الفعل العُصابية، فإن المقادير الدوائية المطلوبة لإزالة الأعراض تصبح أقل، بحيث يغدو بالإمكان وصف الدواء قبل إنهاء المعالجة.

٤ ـ إزالة التحسس النموذجي عن طريق التخيل، بوساطة الأدوية المثبطة للقلق المعطاة عن طريق الوريد.

يُعد الدواء Methahexitone sodium الذي يُباع تحت أسماء تجارية؛ مثل Brietal أو Brevital في الولايات المتحدة الأميركية، والذي يستخدم وسيلة للتهدئة في أغراض إزالة التحسس، يعدّ في نظر الذين استعملوه أمثال فريدمان وسيلفرستون (١٩٦٥) **مادة مثبطة** للقلق ويمكن إشراكه في تعليمات الاسترخاء، ويعتبره ماوسون (١٩٧٠) أكثر فعالية من الاسترخاء نفسه.

وذكر لنا العلامة برادي Brady (١٩٦٦) المشهور بطريقته في استخدام هذا المستحضر، حالة نسوة يشكين من البرود الجنسي لجأ معهن إلى إزالة التحسس بواسطة التخيل. إذ كان بعد مقدمة تفسيرية للمريضة، يطلب إليها أن تجلس على كرسي مريح ويبدأ بحقنها بمقدار ١٪ من هذا المحلول. وتتلخص تعليماته فيما يلي:

«خلال ٢ ـ ٤ دقائق التي يحتاجها هذا الدواء ليصل إلى ذروة تأثيره، يقدم للمريضة إيحاءات هدوء واسترخاء مثل الذي نلجأ إليه لاستثارة التنويم. وما أن يتم إيصال المريضة إلى استرخاء عميق يُطلب إليها أن تتخيل، بأكثر ما تستطيع من حيوية، أنها وزوجها يجلسان في غرفة الجلوس بثيابهما وأنه يقبلها بحرارة. وهذا المشهد التخيلي يمثل أضعف موقف مثير للتوتر في السلم الهرمي لوحدات المواقف الموترة. وعليها أن تتخيل هذا الموقف بجميع إحساساتها البصرية والسمعية وهي مسترخية (يُسمح لها أن تتخيل هذا الموقف لمدة دقيقتين، ومن ثم عليها أن تتوقف عن تخيله وتعود إلى الاسترخاء). وبعد استرخاء مدته دقيقة تعود مرة ثانية وتتخيل الموقف لمدة ثلاث دقائق. وبعد فترة استرخاء أخرى، وعلى افتراض أنها لم تعد تشعر بالقلق، عليها أن تنتقل إلى الموقف الآخر المُدرج في السلم الهرمي وهكذا دواليك. . . كما رأينا في التكنيك النموذجي لإزالة التحسس المنهجي. . . وفي هذه الأثناء يكون تأثير الدواء المذكور قد تضاءل وزال بعد ٤ ـ ٥ دقائق، ولا بد من إضافة مقدار جديد منه لاحقاً. وخلال جلسة نموذجية تحتاج المريضة إلى ما مقداره ٥٠ ـ ٧٠ مليغراماً من هذا الدواء. وبعد آخر منظر تخيلي يسمح للمريضة أن تبقى على الكرسي لمدة عشر دقائق».

ويذكر برادي أن خمس حالات من الحالات التي عالجها تحسنت تحسناً ملحوظاً، بمعدل وسطي قدره ١١ جلسة، وأن المتابعة العلاجية لم تكشف عن أي انتكاس أو ظهور أعراض جديدة.

وهناك مستحضر اسمه التجاري (بانتوتال) تركيبه Thiopental sodium، استخدم على نطاق واسع في الحرب العالمية الثانية، في العملية العلاجية المسماة التحليل النفسي بالتخدير Narco analysis.

فالعسكري المصاب بعُصاب الحرب يتم حثه على تذكر تفاصيل الرض تحت تأثير هذا المخدر، لتفريغ الرض النفسي القتالي، أي بتعبير آخر بتعريضه ثانية ـ تحت تأثير المخدر ـ للحادث الراضِّ القتالي لتخليصه من الرض العُصابي الكامن في لا شعوره، وهذا العلاج يعطي فوائد التحليل النفسي الآني.

ويطالعنا حسين Hussain (١٩٧١) عن نتائج علاجية مجشعة في استخدامه البانتوتال عند تطبيق تقنية «الإغراق Flooding» في علاج رهاب شديد. إذ إن هذه المادة كانت تمنح المتعالج استرخاءاً كبيراً من خلال تعريضه للمواقف المثيرة لمخاوفه.

كما أن بوستر Poster (١٩٧٢) كان يستخدم ديازبام عن طريق الوريد للحصول على استجابة استرخائية عند مرضى قلقين جداً، لم ينفع الاسترخاء العادي في تهدئتهم.

وهناك تجارب أكدت أن إعطاء دواء ديازبام ينفع في بادىء الأمر في عملية إزالة التحسس عند تعذر استرخاء المريض، ولكن فيما بعد يمكن الحصول على الاسترخاء العضلي بدون حاجة إلى مهدىء.



الفصل الخامس عشر

علاج بعض الاضطرابات النفسانية

١ ـ الاكتئاب العُصابي Neurotic depression

من المعروف أن هناك اكتئاباً بيولوجي المنشأ (كالذهان الاكتئابي الهوسي)، والاكتئاب الموقفي Situational أي الناجم عن شدّات خارجية كموت عزيز، أو خسارة مالية، أو صدمة عاطفية، ويسمى أيضاً بالاكتئاب الارتكاسي Reactive depression، والاكتئاب العُصابي وهو **ناجم عن قلق إشراطي**.

يتميز الاكتئاب العُصابي بطبيعة متذبذبة، تتوقف على القوة المتبدلة للقلق المُثار الإشراطي، وهو يختلف عن الاكتئابات الداخلية المنشأ (العضوية) التي يتسرع ظهورها بفعل الشدة. وهذا الاكتئاب العُصابي يحدث بفعل آليات مازالت قيد التعرف إليها.

ورغم أن الاكتئابات العُصابية والداخلية المنشأ تقع في تصنيف الاكتئاب، إلا أن هناك فروقاً بينها. فالاكتئابات الداخلية المنشأ تجنح إلى الأرق المتمثل بالاستيقاظ الباكر، والتثبيط العقلي ـ الحركي ومشاعر الإثم واتهام الذات. وهناك أيضاً فروق أخرى ترتبط بعتبة الاستجابة للمهدئات، أي مقدار المهدىء المعطى عن طريق الوريد والذي ينتج عنه

عدم استجابة إلى المنبه اللفظي، حيث تكون القدرة منخفضة في الاكتئاب العقلي، ومرتفعة في الاكتئاب العُصابي.

هذا ويمكننا القول إن الاكتئاب العُصابي هو نتيجة لـ:

أ - القلق الإشراطي الشديد، وهو النوع الأول.

ب - القلق القائم على الأفكار الخاطئة المحقرة للذات، وهو السبب الثاني أو النوع الثاني.

جـ - العجز في السيطرة على المواقف البيشخصية (العلاقات الاجتماعية)، وهو النوع الثالث.

د - المبالغة في الردّ الطبيعي على موت أو فاجعة، وهو النوع الرابع.

ويُعالج النوع الأول (قلق إشراطي شديد) بإزالة الإشراط، بواسطة تقنية إزالة التحسس المنهجي أو بأي طريقة أخرى مناسبة. وحينما يتضاءل القلق يصبح الاكتئاب أقل شدة وتكراراً ووطأة، وغالباً ما ينحسر نهائياً قبل أن يتم إزالة الإشراط القلقي إزالة تامة.

أما النوع الثاني فيتم علاجه من خلال **التصحيح المعرفي**، أي مناهضة **الأفكار الخاطئة المحقرة للذات**.

ومثالنا العلاجي حالة امرأة عمرها ٣٥ سنة... قضت السنوات العشر السابقة من عمرها وهي تعاني من تهيج واكتئاب شديد. وعندما اتضح لها في جلستها العلاجية الثالثة أن أفكارها حيال نفسها هي أفكار مغلوطة، بدأت تشعر بالراحة الانفعالية، وكفَّت العوارض المرتبطة بالاكتئاب الارتكاسي عن مهاجمتها. ثم تابعت تعاونها بإخلاص في بذل الجهد الرامي إلى استواء حياتها الجنسية خلال الأشهر التالية من العلاج، وخلال متابعة دامت تسع سنوات لم تصب بأي عارض اكتئابي.

أما النوع الثالث (عجز في السيطرة على العلاقات البيشخصية) فإن

العلاج يكون بتقنية تأكيد الذات. وفي بعض الحالات يتم التعامل مع الخوف الاستثنائي بأسلوب إزالة التحسس المنهجي الذي يسبق التدريب على تأكيد الذات.

ويكون علاج النوع الرابع وفقاً لما يلي:

(١) إذا كان الاكتئاب شديداً وطويل الأمد، فهذا يُفسَّر بوجود تفاعل بين الاستجابات للحادثة الراضة، واستعداد فيزيولوجي مسبق عند المكتئب. أي بتعبير آخر: إن الشدة قد حرّضت الاكتئاب الداخلي المنشأ.

(٢) في حالات أخرى، يكون الإشراط المسبق كافياً لتفسير ردّ الفعل المبالغ فيه إزاء الفاجعة أو الخسارة. وبتوضيح أكثر يكون المفجوع قد سبق وتحسس كثيراً من فاجعة سابقة، فجاءت الحادثة التالية بمثابة إشراط للأولى.

وإذا كان هناك عنصرٌ بيولوجي في الاكتئاب فلا بد من إعطاء الدواء المضاد للاكتئاب. وإذا كانت الفاجعة، أو الرفض، من قبل المحب، قادت إلى تحقير الذات، فلا بد من العلاج المعرفي القائم على تصحيح الأفكار الخاطئة. أما فرط رد الفعل بسبب الحرمان القائم على إشراط قلق مسبق إزاء الفاجعة أو الخسارة فإن الحالة تعالج حينئذٍ بإزالة التحسس.

وقد قارن راش Ruch وجماعته (١٩٦٦) العلاج المعرفي بالعلاج الفارماكولوجي للاكتئاب، فلم يجد تفريقاً بين الاكتئابات العُصابية والبيولوجية. ومن بين الاكتئابات الأولى لم يجد فرقاً بين تلك التي أساسها معرفي، والأخرى التي تُعزى إلى الإشراط الكلاسيكي (كما هو معلوم أن أنواع الاكتئاب كافة بحسب نظرية العلامة المعروف بيك Beck

هي معرفية الأسباب، وهذا ما يفسر عدم نجاحات العلاج الدوائي).

٢ ـ الخوف من الأعراض البدنية

يواجه المعالجون عادة صعوبات ردود الفعل التخوفية عند المرضى التي تثيرها إحساسات البدن. **فالمنبهات الداخلية المنشأ هي بالقدرة نفسها على خلق إشراط الخوف مثل المنبهات الخارجية**. وغالباً ما تكون المنبهات التي نحن بصددها من **نتائج الخوف ذاته**؛ مثل تسرُّع القلب، أو الصداع وتعرق راحة الكفِّ، والتأثيرات المختلفة لفرط التهوية الرئوية؛ مثل الدوار، والإغماء، وقصور التنفس (زِلة تنفسية) حيث تُحدِث هذه الاضطرابات حلقة معيبة بالتغذية الراجعة المتبادلة بين الخوف وأعراضه البدنية.

أما السؤال المهم الذي ينبغي طرحه فهو: هل تثير الأعراضُ الخوفَ إثارة آلية أوتوماتيكية بفعل الإشراط الكلاسيكي، أو أن الأعراض ذات مضامين مخيفة؟

قد يعتقد المريض أن الأعراض قد تُحدث فقدان الوعي، والخلل العقلي واسترخاء القلب أو الموت. وإذا كان هذا ما يعتقده فعلاً، فلا بد حيئنذٍ من تصحيح وإزالة الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسبب له الخوف المعرفي. ويكون التصحيح بطمأنته أن الأعراض ما هي إلا رد فعل طبيعي للخوف، وبإعطائه **أقصى وأقوى التأكيدات بأن الأعراض يستحيل أن تُحدِث له ما يتوقعه من نتائج خطرة على حياته**.

عندما تكون الأعراض مثل: الدوار، والخدر الحسي، والصداع، أو الغثيان من نتائج أو أسباب فرط التهوية الرئوية، فإنه من الأهمية بمكان أن نبرهن للمريض ذلك بإحداث فرط التهوية الصنعي (جعل المريض

يسرِّع في تنفسه وزفيره فيحدث لديه فرط التهوية)، أي التنفس عميقاً وبسرعة حوالي **دورة واحدة ـ شهيق وزفير ـ كل ثانية**، وعليه أن يُعلم المعالَج عن أي إحساس غريب يشعر به خلال هذا التنفس السريع، وعن أي تدخل يمنع إعاقة العملية التنفسية. وعادة تظهر أعراض فرط التهوية **بعد دقيقتين أو ثلاث** دقائق من تصنيع التنفس السريع.

ومن خلال إدراك المريض المباشر أن فرط التنفس هو سبب الأعراض، حينئذٍ قد يتخلى عن معتقده الخاطىء بأنها، أي الأعراض، نذير الاضطراب العقلي أو غير ذلك من المشكلات التي يخاف أن تصيبه. بعدئذٍ نعلم المريض كيف يضبط فرط التهوية المسؤولة عن الأعراض التي ذكرناها ويسيطر عليها وذلك **بإغلاق فمه بإحكام** (ليويس Lewis ١٩٥٤). وهذا الإجراء من شأنه أن يمنع تطور الأعراض البدئية لفرط التهوية، وغالباً ما يؤدي إلى تراجع الأعراض. ويقترح كل من هوجدوين وجولي (١٩٧٩) وضع برنامج يومي بتصنيع فرط التهوية للمريض كي يتعلم السيطرة عليها.

وعندما تستمر الأعراض المرتبطة بالقلق عند المريض، رغم معرفته ببدايتها، فإنه من الممكن إزالة إشراط الخوف بتعريض المريض إلى استخدام متدرج من **استنشاقات** مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين. ويستند تفسير هذا الإجراء على الأرضية المتداخلة بين عناصر القلق، واستجابات الجملة العصبية الذاتية إلى هذا المزيج. فمقدار قليل من هذا المزيج يثير مقداراً قليلاً من تسرُّع القلب. **والقلق المترتب عن هذا التسرع يفترض أنه سيتم تثبيطه بالاسترخاء الذي يعقب التعرض للمزيج الغازي**.

إن الأعراض البدنية التي لا يحرضها القلق مثلما هو الحال في فرط التهوية الرئوية، يمكن أن تكون في حالة إشراط باستجابات الخوف.

والأكثر مشاهدة، الفرد الذي يبدي استجابات خوف شديدة إزاء اضطرابات قلبية فيزيولوجية المنشأ (مثل اضطرابات نظم القلب المختلفة المنشأ، أو ألم في الصدر). ولا بد هنا، أولاً، من التأكد من عدم وجود مرض قلب إكليلي أو غيره قبل أي إجراء علاجي نفسي. وفي بعض الحالات نجد أن طمأنة الطبيب الداخلي للمريض تكون كافية لإزالة الخوف، وفي أحيان أخرى يحتاج التوجيه المعرفي لنفي خطورة الأعراض القلبية إلى تدعيم بالتعرف القاطع إلى السبب الحقيقي للألم (أي إعطاء تعليلٍ للألم وليس الطمأنة فقط بعدم خطورته). فقد يعود السبب في ألم الصدر إلى تراكيب العضلات الوربية الصدرية، **أو إلى امتداد غازي في المعدة أو الأمعاء**. ويمكن البرهنة على ذلك بإعطاء المريض كأساً من عصير برتقال أضيفت إليه ملعقة بكياربونات الصوديوم، فالألم يمكن أن **يَحدُث بالإيحاء الذاتي**، إلا أنه يظل نشطاً في إثارة القلق حتى بعد اقتناع المريض بأن لا علاقة لهذا الألم بأي آفة قلبية، وذلك لأن الألم في كثير من الحالات يكون في **حالة إشراط مُباشر باستجابة القلق**. وهنا لا بد من اللجوء إلى علاجنا التقليدي؛ أي أسلوب إزالة التحسس المنهجي، ويحتوي سُلَّم وحدات المواقف الهرمية القلقية عادة على ألم نوعي يتوضع على مسافات متزايدة من منتصف الصدر بدءاً من أسفل البطن. وإذا كانت تسرعات القلب هي بمثابة منبه للقلق، فإن سلم وحدات المواقف الهرمية يحتوي على عدد مناسب من الضربات القلبية الضائعة (أي خوارج انقباض بطينية Premature ventricular beats).

وعندما يعجز المريض عن استحضار الأعراض في مخيلته استحضاراً فعالاً حيوياً يسبب له الاضطراب الفعلي، فلا بد والحالة هذه من تصنيعها عملياً واقعياً. فيمكن إثارة الألم باستخدام أداة حادة أو

بواسطة الحرارة. أما تسرع القلب أو خفقانه فيصنَّعان بفرط التهوية الرئوية، أو استنشاق مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين، وأحياناً يتم زرق المريض وريدياً بمادة الأدرينالين.

إلا أنه نظراً لصعوبة تحقيق سيطرة كمية على المنبه المُثار صُنعياً، فإن طريقة العلاج المفضلة هي **طريقة الإغراق Flooding** وليس **إزالة التحسس المنهجي**.

وهنا يُحسن أن أذكر أني لجأت[1] إلى طريقة جمعت فيها التبديل المعرفي مع التعريض السلوكي الميداني الواقعي في علاج الخوف من الأعراض غير الناجمة عن القلق، أي الخوف من تسرُّع القلب الحميد غير العضوي، وذلك بجعل المريض يواجه الأعراض **عندما تحدث باستجابة استرخائية** (أحياناً بمساعدة المهدىء الذي يعطى عن طريق الوريد) وفي الوقت نفسه يحرِّض المريض الأحاديث مع الذات الإيجابية الإيحائية التي تدور حول الطمأنينة كأن يقول لنفسه: «هي أعراض غير خطرة ويجب ألا أعيرها الاهتمام أو أن أدعها تثير خوفي... لأني كلما تخوفت غذَّى هذا الخوف الاضطراب».

وأحياناً يُطلب إلى المريض وهو مسترخٍ أن يحوِّل انتباهه إلى موضوع سار أثناء تعرضه لهذا الاضطراب، وقد حصلت على نتائج علاجية جيدة في التعريض الإغراقي بواسطة الاستجابة الاسترخائية مع تبديل الأفكار السلبية الكارثية، وذلك في حالتين من هذا القبيل.

٣ ـ رُهاب الساح Agoraphobia

القاسم المشترك في جميع أنواع رُهاب الساح يكمن في استجابة

---

(١) محمد الحجار.

المريض الطردية أثناء ابتعاده عن مكانه الأمين أو الشخص القريب منه. إلا أن الحالات تختلف اختلافاً بيّناً بتركيب المنبه ٣ الاستجابة، مما يجعلها تستدعي معالجات مختلفة. وتقديم «صفقات» علاجية على نمط واحد إلى كل المرضى المصابين برهاب الساح أمر يدعو إلى الأسى (بارلو ١٩٧٩).

وفي قليل من الحالات لا يبدو رهاب الساح أكثر من **خوف من الفراق والابتعاد**. وفي حالات أخرى، يظهر تحليل السلوك أن ما يخافه المريض فعلاً هو أن تحلَّ به كارثة شخصية. وقد وجدتُ في حالة رهاب الساح عند شاب عمره ٢٥ سنة خوفاً من الأعراض البدنية التي تنتابه (تسرُّع القلب، ضيق التنفس ـ أي أعراض جزع مصحوبة بفرط تهوية رئوية)، وكان ذلك الشاب يظن أن هذه الأعراض ستقضي عليه، فصار يخاف من مغادرة منزله. كما اجتمعت بمريض آخر كان يعتقد بأنه على وشك التعرُّض لنوبة قلبية كلما شعر بشيء من الألم في صدره. وكان قلقه يزداد حدَّة كلما ابتعد عن محيط منزله الذي يؤمن له الإسعاف. وعلى هذا يبدو رهاب الساح مماثلاً لعصاب «المراق» Hypochondria (الانشغالات الوسواسية بوظائف البدن).

وليعلم القارىء أن **إزالة استجابة الخوف للأعراض** عادة ما تشفي رُهاب الساح ذاته. ومع ذلك نجد في حالات أخرى أن الخوف هو من النوع المصادَف في العالم الخارجي ـ الناس المجانين والتعدي الجسدي ـ. فقد نجد مثلاً عند مريضٍ ما خوفاً من الناس الذين يلبسون ألبسة غريبة. والنوع الآخر لمثل هذه الحالة هو رهاب المدرسة؛ حيث نجد أن خوف المريض يتركز على المدرسة.

وقد شاهدت[1] حالة رهاب الساح (الخوف من الناس والتجمعات)

(١) محمد الحجار.

عند شاب عمره ٣٠ سنة لم يغادر منزله مطلقاً منذ سنة، وكانت والدته تزوره وتخدمه في عزلته. ويعود سبب خوفه إلى ظنه بأنه عرضة لانتقادات الناس بسبب ما يتخيله من تشوهات وهمية في وجهه، يعتقد أنها تحتاج إلى مداخلات علاجية تجميلية (عدم تناظر الفكين ووجود عين صغيرة وعين أخرى مسدلة الجفن)، رغم أن وجهه كامل وجميل، وذلك خلافاً لما يتخيله من هواجس تشوهية. وكان يرفض العلاج النفسي لأنه لا يؤمن بأي فكرة تقنعه باستواء صورة وجهه، ولذلك لازم البيت، وواصل التفكير بمشكلته ونمّى هذياناته الإدراكية وعززها. وهنا نجد أن مصدر رهاب الساح عنده يعود إلى ما نسميه «باضطراب صورة الذات البدنية» Self image disturbance - وحالته قريبة من الهذيانات الشبيهة بالفصام.

إن القلق الناجم عن العديد من الأسباب قد يكون شديداً بشكل خاص عندما يبتعد المريض عن داره، نظراً لوجود أساس في الإشراط لرهاب الساح. وفي كثير من الحالات يعود سبب القلق الذي يستفحل إلى مستوى الجزع إلى وجود مرض عضوي عند المريض مثل تسرُّع القلب الاشتدادي الأذيني، أو نقص سكر الدم، أو آفة قلبية في الصمامات الخ...

والأهمية الكبيرة للمعالج تكمن في إدراك أن أمثال هؤلاء المرضى هم عرضة للقلق بسبب هذه العلل العضوية، إضافة إلى إمكان وجود قلق إشراطي. وفي بعض هذه الحالات لا نجد قلقاً إشراطياً، فالمريض لديه خوف حقيقي من تعرضه لنوبات عجز بدنية، ولا يستطيع التنبؤ بوقت إصابته بهذه النوبات، ولا يستطيع السيطرة عليها. وعلاج مثل هذه الحالات نفسياً هو خطأ جدير باللوم لأن في الخوف أساساً وحقيقة.

وثمة رهاب الساح ينبع من خصومات زوجية، أو مخاوف لا تمت

لرهاب الساح بصلة. ومن شأن علاج هذه الخصومات أن يؤدي إلى اختفاء رهاب الساح بدون معالجة مباشرة له.

٤ ـ اضطراب الكلام ـ التأتأة Stuttering

إن ارتباط معظم حالات التأتأة بالقلق الاجتماعي يمكن إدراكه عندما نجد أن كل مصاب بهذا الاضطراب تقريباً يتكلم بطلاقة عندما يكون وحده، أو أمام أفراد يشعر بالارتياح معهم، وكلما تعاظم القلق المُثار بفعل الموقف الاجتماعي، كانت التأتأة أشد.

ويكشف تحليل السلوك عناصر المنبه في الموقف الاجتماعي الذي يكون مسؤولاً عن اضطراب الكلام، **وعلى هذا التحليل تقوم الاستراتيجية العلاجية**. وفي معظم الحالات فإن التدريب على تأكيد الذات، أو بعض أشكال إزالة التحسس هو العلاج، أو كلاهما معاً.

٥ ـ الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية ـ البدنية)

المرض السيكوسوماتي هو مرض بدني يتعرَّض المريض فيه إلى استجابات ناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية (الذاتية) بفعل منبهات خارجية، أو منبهات داخلية المنشأ، كانت **العامل السببي أو المساهم** في هذا المرض. ولهذه المنبهات في معظمها تأثيراتها الفيزيولوجية من خلال إثارة القلق. ولكن هناك أيضاً آليات أخرى فاعلة في المرض (انظر إلى مرض الربو الذي سنتكلم عنه).

ولقد تمَّ تعريف القلق موضوعياً على أنه «مجموعة الخصائص الفردية لاستجابات الجملة العصبية الإعاشية (الذاتية) إزاء المنبه المؤذي أو الضار». وتنصبُّ استجابة القلق على عضو معين ضعيف القوة. ويؤثر فرط النشاط الناتج لهذا العضو تأثيراً ضاراً سيئاً على الوظيفة الفيزيولوجية

لهذا العضو، وفي بعض الأحيان يؤدي هذا الاضطراب في الوظيفة إلى حدوث آفة عضوية في العضو؛ كالقرحة المعدية مثلاً. وطبقاً للعلاَّمتين ولف وولف (١٩٤٧) هناك تسميات كلاسيكية مثل: «رادّات الفعل المَعِدية Stomach reactors، ورادّات الفعل الأنفية، ورادّات الفعل للنبض، ورادّات فعل ضغط الدم الشرياني»، لذا فإن القلق عامل في **استمرار المرض البدني، لأن هذا المرض ينحسر وينكمش بزوال عادة استجابة القلق.**

ومن بين الأمراض الشائعة التي تقترن بالاضطراب الانفعالي نذكر: الربو القصبي، القرحة المعدية، تهيج القولون، الشقيقة أو الصداع الوعائي، ارتفاع الضغط الشرياني، والتهاب الجلد العصبي.

وليكن معلوماً أن العامل السيكولوجي لا يكون عاملاً في كل حالة ليطلق عليها اسم حالة «سيكوسوماتية». فمثلاً **لآفات الدماغ المتوسط** دور في التسبب بفرط نشاط الجملة العصبية الإعاشية في المعدة الذي يؤدي بدوره إلى فرط حموضة المعدة. وبهذا تكون هذه الآفات سبب القرحات المعدية.

أ ـ الربــو القصبــي

يُعزى مرض الربو إلى عوامل متعددة، تتفاعل فيما بينها لتحدث الاضطراب. من ضمن هذه العوامل: العمليات التحسسية، والخماجية (الالتهابات البكتريائية والفيروسية)، والانفعالية. وأي واحد من هذه العوامل أو أي خليط أو مزيج منها قد يسبب هذا الاضطراب (ريس Rees ١٩٥٦).

وهناك تقسيم عام ثانوي لهذا الاضطراب، يستند إلى معايير طبية

متعددة، ويصنف الحالات إلى استعدادات مسبقة (جينية وراثية) عضوية عالية، وحالات تكون فيها هذه الاستعدادات ضعيفة منخفضة (بلول وجماعته ١٩٦٤). فالعوامل النفسية تؤدي دوراً كبيراً في الصنف الثاني (الاستعدادات المسبقة ضعيفة).

وفي السنين الأخيرة أظهرت دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكي في الربو القصبي. وقد طبقت ثلاث تقنيات في علاج هذا الاضطراب الذي يحرضه القلق: بإزالة التحسس المنهجي، وعلاج الاسترخاء، وعلاج الاسترخاء مع الإيحاء. وقد اتضح من خلال دراسة تجريبية ضابطة: تقنية إزالة التحسس المنهجي تفوقت على التقنيتين الأخريين في زيادة السعة الرئوية.

هنا لا بد من وقفة تستوجب التوضيح؛ هي لماذا يعمل القلق على تنشيط الجملة العصبية نظيرة الودي (نظير الودي يضيق القصبات الهوائية في الرئة) فيؤدي ذلك إلى حدوث النوبة الربوية؟

يرى هاهن (١٩٦٦) أن هناك بروفيلاً غير عادي للاستجابة الناجمة عن الجملة العصبية الإعاشية إزاء الموترات عند المصابين بالربو. فخلافاً لمعدل ضربات القلب والضغط الدموي (يرتفع المعدل هنا بفعل تنبيه الجملة الإعاشية لهما)، فإن مواصلة الطرق الهوائية والمعدلات التنفسية عند المصابين بالربو هي في اتجاه معاكس بالنسبة إلى أفراد التجربة الضابطة. وإلى جانب حالات الربو التي يكون القلق فيها وسيطاً في نوبات الربو، هناك حالات أخرى يكون فيها التضيق القصبي مرتبطاً بإشراط مباشر بالمنبهات الحيادية السابقة.

في البداية، لا بد أن يتحدد في التقرُّب السلوكي لأي حالة ربو، إذا كان القلق **عاملاً سببياً**. وإذا كان الأمر كذلك، حيئنذٍ يتعين أن تُعالج

الحالة كما يفرضها التحليل السلوكي. أما إذا لم يكن الأمر كذلك فإن الاعتبار يجب أن ينصب على محاولة خلق إشراط التوسع القصبي على أساس التغذية الراجعة[1].

ب ـ ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

رغم أن أسباب ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي غير معروفة حتى الآن، هناك ما يستدعي الشك أن الاستجابات القلبية ـ الوعائية الإشراطية الناجمة عن المنبهات البيئية تعدُّ عنصراً أساسياً في كثير من حالات الضغط، وهذه الحالات بالذات هي التي يُتوقع أن تستجيب للطرق السلوكية.

وبيَّن لنا جاكوبسون (١٩٣٩) منذ مدة طويلة أن إرخاء الجهاز العضلي يخفِّض الضغط الأعظمي والأصغري للدم. وفي أبحاث حديثة (١٩٨٠) وجد جاكوبسون انخفاضاً دائماً ومهما لضغط الدم عند ثلثي ٩٠ مريضاً، وهنالك العديد من الدراسات تشير إلى النتائج نفسها ومن ضمنها الاسترخاء بواسطة التغذية البيولوجية الراجعة.

أما هوستون وزوراوسكي (١٩٨١) فقد أفادا بنتائج مشجعة من خلال استخدام الطريقة التدريبية التدبرية للقلق التي ابتدعها سوين Suinn، ويُطلب فيها إلى المريض أن يسترخي، وفي الوقت نفسه يتخيل **مواقف ماضية موترة** (تدريب تطعيمي ضد التوترات المرافقة للضغط الشرياني). وهنا ينبثق السؤال التالي: هل يمكن، إذا كانت فترات

---

(١) انظر محاضرة الدكتور محمد حجار بعنوان: أهمية العلاج السلوكي في الربو القصبي. فلوريدا عام ١٩٩١ م، مؤتمر المؤسسة الوطنية الأميركية للتطبيقات الإكلينيكية.

التدريب الاسترخائي اليومية متقطعة، أن تحقق انخفاضاً مستمراً ودائماً في ضغط الدم؟

الواقع إن هذا التدريب يحتاج إلى يوم بيوم، وساعة بساعة في قراءات للضغط الشرياني، للتأكد من تأثيرات المعالجة سلباً أو إيجاباً في امتدادها على بيئة المريض العادية.

ولقد أجاب على هذه المعضلة غراهام وبيمان (١٩٧٧) بقراءات يومية لضغط الدم تؤخذ في الدار، عند مرضى ضغط دم أساسي، خضعوا إلى تدريبات استرخائية، فاتضح لهما انخفاض الضغط من ١٥٥/ ٩٥ إلى ١٣٠/ ٨٠ ودام هذا الانخفاض ٤٠ أسبوعاً.

إن الربح العلاجي بالتدريب على الاسترخاء في علاج ارتفاع الضغط الدموي الأساسي بتخفيضه تخفيضاً مستمراً يخضع لشرطين: أولهما أن تتشكل عند المتدرب عادة إرخاء العضلات إرخاءاً ثابتاً كما يؤكد على ذلك جاكوبسون (١٩٣٨).

وثانيهما تعرُّف عادات استجابات القلق غير التكيُّفية ومن ثم العمل على إطفائها.

ولسوء الحظ لا توجد حتى اليوم أي دراسة منهجية تناولت التأثيرات على الضغط الشرياني بإطفاء القلق العُصابي، وكل ما لدينا هو حالات فردية، ولعل الحالات الفردية الطموحة هي التي بيَّنها لنا العلامة ولبي من شفاء تام أو تحسن دائم لحالات مرضى كانوا يشكون من ارتفاع ضغط شرياني حيث دام هذا التقدم العلاجي لسنين عديدة (ولبي ١٩٧٦).

جـ ـ الشقيقة وصداع التوتر

يُعدُّ التوتر الانفعالي عاملاً مسرعاً شائعاً في نوبات الشقيقة (الصداع

النصفي الوعائي)، وأيضاً لأنواع الصداع الأخرى غير الوعائية. ويمكن إضعاف أو إزالة أنواع الصداع في كلا التصنيفين (الوعائي والصداع التوتري) من خلال الأخذ ببرامج إزالة الإشراط الانفعالي. ولنعلم أن الاسترخاء وحده لا يكفي لإضعاف الصداع بأنواعه المختلفة، فلا بد من الاستعانة بالعلاج السلوكي والمعرفي في علاجه، أي إزالة المسببات المحرضة للصداع.

د ـ الاضطرابات المعدية ـ المعوية

بما أن الجهاز الهضمي هو مُعصَّب بالجملة العصبية الإعاشية فليس هناك ما يدعو إلى الدهشة من الدور الكبير الذي تقوم به الاضطرابات الانفعالية في التأثير على الاضطرابات الهضمية ـ على جميع المستويات ـ من المَريء حتى المستقيم (القسم النهائي من الأمعاء الذي يتصل بالشرج).

وأول دراسة أوضحت العلاقة بين الاضطراب الانفعالي، والاستجابات الإفرازية الهضمية، والاستجابات الوعائية للمعدة، هي التي أجراها كل من ولف Wolf وولف Wolf (١٩٤٢) وتبين لهما أن **الخوف يُخمد الإفراز والحركة الهضمية بينما العدوان يزيدهما، كما أن مخاطية المعدة تصبح هشة وحساسة خلال** الغضب والعدوان.

ورغم هذه المعطيات التي تبرز أهمية العوامل الانفعالية في القرحة إلا أن أبحاث Pfeiffer وجماعته (١٩٧٣) انتهت إلى النتيجة التي مآلها أن أسباب تقرحات المعدة ما زالت غامضة. ومع ذلك فإن القلق يقترن بتعاظم الاضطراب في بعض الحالات، والشفاء من القرحة المعدية يرتبط بإزالة **إشراط عادات القلق ـ الاستجابة** (ولبي ١٩٥٨).

وتعتبر الدراسات المتعلقة باستخدام العلاج السلوكي في اضطرابات الجهاز الهضمي السفلي أكثر وفرة، إذ يخبرنا Hedberg (١٩٧٣) عن حالة امرأة تبلغ من العمر ٢٢ سنة وتعاني من إسْهال مزمن، أمكن التغلب عليه بنجاح من خلال ١٢ جلسة إزالة التحسس المنهجي بدون أي انتكاس، وبمتابعة دامت سنتين. وحصل فورمان (١٩٧٣) على نتائج إيجابية عند خمسة مرضى يشكون من إسهال وظيفي، وذلك من خلال تطبيق التغذية البيولوجية الراجعة والمتضمنة التعزيز اللفظي.

كما أن الجانب الانفعالي في متلازمة تهيج الأمعاء برز في مقدمة أبحاث لايثمر ورفاقه (١٩٨١)، حيث وجدوا أن ردود الفعل الهضمية عند أفراد التجربة لا تختلف عن العُصابيين المتماثلين في معاناتهم للقلق والاكتئاب، ولكن بدون أعراض معوية، لذا فإن علاج متلازمة تهيج الأمعاء Irritable bowel syndrome هو في واقع الأمر علاج عادات استجابة القلق التحتية، غير المرئية.

٦ ـ الأفعال الجبرية والوساوس

الوساوس هي اضطرابات ناكسة، سواء أكانت أفكاراً مستمرة أم نزوعات. ويشير الجبر إلى مظاهر حركية مهيمنة. ولبعض السلوكيات الوسواسية تأثير في تخفيض القلق، وبعضها الآخر له تأثير في زيادة القلق (ولبي ١٩٥٨)، علماً أن القلق عامل مهم في تحريض كلا النوعين. وهناك حالات تكون فيها السلوكيات الوسواسية مستمرة استمراراً ذاتياً حتى بعد إزالة إشراط القلق السابق، ذلك لأنها أضحت في حالة إشراط مع منبهات أخرى، إلا أن مثل هذه الحالات تبدو غير عادية.

والهدف الأول في التعامل مع العُصاب الوسواسي، كما هو الحال

في العصابات الأخرى هو **التعرف على القلق السابق وإطفاؤه**. وكقاعدة أساسية تكون تقنية إزالة التحسس المنهجي هي الركيزة والأساس، وتكون الجهود المطلوبة كبيرة عادة، إلا أن أبحاث كل من هودجستون وجماعته (١٩٧٢) التي تناولت دراسات مقارنة تجريبية في نجاعة كل من إزالة التحسس والإغراق، والإغراق المسبوق بالنموذج Modelling، أوضحت أن التقنية الأخيرة تفوقت على التقنيتين السابقتين[١].

٧ ـ الانحرافات الجنسية

سبق وتكلمنا عند الحديث عن العلاج التنفيري بالصدمة الكهربائية عن تطبيقات هذا العلاج على الانحرافات الجنسية والفيتشية. على أن ما نرغب في الحديث عنه هو اللوطية (أو الجنسية المثلية). فالأبحاث الحديثة جداً بينت أن بعض اللوطية واللسبية هي مسألة قدر ومصير عند الفرد.

وهي بأصولها عضوية بيولوجية، أي أن التوجه الجنسي نحو الجنس نفسه عند الذكور (اللوطية)، أو نحو الجنس الآخر يتقرر عندما يكون الكائن الحي جنيناً في بطن أمه. فالهرمونات الجنسية بتأثيرها على الدماغ هي التي تحدد هذا النوع من التوجُّه، ولا تقيم النظريات الحديثة أي وزن للعوامل التربوية والبيئية في التوجه الجنسي اللوطي عند الذكور، وهذا ما دفع جمعية الطب النفسي التي تصدر كتاب DSM - IV **إلى حذف اللوطية أو الشذوذ الأنثوي** (ميل المرأة الجنسي إلى النساء) من

---

(١) لمزيد من التفصيل والمعرفة بأساليب العلاج الحديثة للعصاب الوسواسي - الجبري راجع كتاب: العلاج النفسي الحديث للعصاب الوسواسي ـ الجبري. تأليف الدكتور محمد حجار، إصدار طلاس للنشر، دمشق عام ١٩٩٢ م.

تصنيف الاضطراب أو المرض باعتباره سلوكاً، بيولوجي المنشأ، لا يمكن تبديله، ولا دخل للإنسان ولا للتربية أو البيئة في تكوينه أو توجيهه.

إلا أن العلامة ولبي من خلال تجاربه ومعالجته يرى أن الانحراف الجنسي عند الرجل (اللوطية) يقوم على أساس أحد الأنواع الثلاثة أو أكثر من العادات المتعلمة:

أ - ردود الفعل الإشراطية المثارة من قبل النسوة في سياق الارتباط العاطفي أو التقرُّب الجنسي الجسمي.
ب - القلق الإشراطي البيشخصي من النوع الذي يستدعي المعالجة بالتدريب على تأكيد الذات.
جـ - الإشراط الجنسي الإيجابي نحو الذكور.

إن العلاج التنفيري يطبق فقط في اللوطية للحالة الثالثة (أي جـ).

أما الحالة الأولى أو الثانية أو كلتاهما معاً من القلق الإشراطي، فإن العلاج يجب أن يتناول أولاً إزالة القلق المسبب في اللوطية. وإذا ما نجحت المعالجة فغالباً لا ضرورة هناك للعلاج التكريهي، ذلك لأن اللوطية تنحسر ويتوجه الميل الجنسي نحو النسوة.

إن العلاج التكريهي بواسطة الصدمة الكهربائية هو الشائع في اللوطية، كما وأن التحسس المستتر (التقنية التي ذكرناها) لها نجاحاتها (عالجت حالة لوطية عند شاب عمره ٣٦ سنة بالتحسس المستتر فكانت النتائج مشجعة - د. حجار).

٨ - عُصابات أو اضطرابات الطبع Character Neuroses

تُعرف هذه العُصابات بعُصاب يتميز بسلوك مضاد للمجتمع مثل الاغتصاب الجنسي، والكذب المرضي، وهوس السرقة Kleptomania

وهذا التعريف يشمل أيضاً الانحرافات الجنسية مثل التلصص الجنسي، واستعراض العورة Exibitionism.

ونظراً لأن القلق هو السابق لهذه النماذج من العادات المرضية، فإن إزالة القلق هي مفتاح إزالة هذه السلوكيات الباثولوجية.

٩ ـ البدانة Obesity

للبدانة أساس بيولوجي في بعض الحالات، إلا أن معظم البدينين تكمن علة سِمنتهم في شراهتهم نحو الطعام، وتلك عادة، وهذا ينطبق أيضاً على النسوة.

ولقد فطن ستيوارت (١٩٦٧) إلى ذلك، وهو أول من استغل هذه الحقيقة، فابتدع برنامجاً لتبديل عادة الطعام وليس في التحايل على محتوى الطعام، وكانت تجربته الأولية ناجحة في جميع الحالات التي عالجها وعددها ١١ حالة، حيث استقر وزن أفراد هذه العينة خلال مدة سنة متابعة.

وكانت طريقته أن تزن المتعالجة نفسها مرة واحدة يومياً في الصباح أو المساء (أو الذكر)، فلا تعطى غذاءً معيناً، ولكن يتم إعلامها أن عليها ألاّ تأكل مهما كانت الظروف إلا عندما تجلس إلى طاولة الطعام لتتناول وجبتها العادية اليومية، ومن المرغوب فيه إن تجلس على الطاولة مع الآخرين، ولكن إذا كانت جالسة بمفردها إلى طاولة الطعام فلا تفعل أي شيء آخر، أي أن تركز انتباهها على الطعام وليس بالانشغال في نشاطات أخرى مثل مشاهدة التلفزيون، الاستماع إلى الموسيقى أو القراءة الخ . . . ومن ثم عليها أن تضع السكين والشوكة على الطاولة مرة أو مرتين خلال تناولها وجبة الطعام وتركز انتباهها على الطعام بدون أن تأكل لمدة دقيقتين

في بادىء الأمر، وهذه المدة يتم زيادتها دقيقة واحدة كل أسبوع لتصل إلى خمس دقائق كحد أقصى. والحكمة من وراء هذا التوقُّف عن تناول الطعام لهذه الفترة الزمنية هي خلق تثبيط إشراطي ضد الاستجابة الآلية لتناول الطعام بمجرد رؤيته، وهذا ما يفترض به أن يجعل الكثير من المريضات بالشراهة يشعرن بجوع أقل. وفي بعض الحالات تبرز الضرورة في تثبيط شهية الطعام بين الوجبات الغذائية بواسطة اللجوء إلى التحسس الخفي أو المستتر (التكريه التخيلي للطعام).

وبالرغم من أن هناك براهين تدل على تفوُّق الطريقة السلوكية في علاج البدانة على الطرق الأخرى (ستاندكارد ١٩٧٥) فإن النتائج المتفائلة لطريقة ستيوارت لم تستمر، ذلك لأن خسارة ١١ رطلاً إنكليزياً بواسطة البرامج السلوكية حسب رأي جيفري (١٩٧٨) تبدو متواضعة عندما تكون هناك بدانة كبيرة.

ومما لا شك فيه أن العلاج التكريهي ببرامجه المتعددة هو علاج قيِّم، ولكن علينا ألا نهرب من حقيقة كون البدانة مشكلة ومعضلة كبيرة لم يتم حلها بعد، ولعل ذلك يكمن في أنها تحمل سمة وخصائص الإدمان على الطعام.

الفصل السادس عشر

تقييم العلاج السلوكي

بما أن العلاج السلوكي هو التطبيق الإكلينيكي (السريري) لمبادىء التعلم وأسسه الثابتة والمرسخة تجريبياً، فإن استخدامه تقريباً يجيء حصراً في الحالات الإكلينيكية إذ إن التعلم هو أساس هذا العلاج.

والحالات الأكثر شيوعاً في هذا العلاج هي العُصابات النفسية (اضطرابات القلق حسب تصنيف كتاب DSM - IV)، وهي الموضوع الرئيسي في هذه الورقة العلمية، وهذا ما يطرح التساؤل في العملية التقييمية لهذا النوع من العلاج، عن الفعالية العلاجية للعلاج السلوكي في العُصابات النفسية.

ولا شك أن العلاج السلوكي بدا متفوقاً في فعاليته، وذلك من خلال الإحصائيات المقارنة بين العلاج النفسي والعلاج السلوكي، وإليك الدراسات المقارنة.

١ ـ بيانات المعطيات الأولية

بدءاً من عام ١٩٥٥ م وما بعد، كان هناك تيارٌ ثابتٌ من الدراسات والأبحاث تناولت علاجات ناجحة لحالات فردية، أو لمجموعات صغيرة

بالعلاج السلوكي. وهذه الحالات تم جمعها في مجلدين من قبل العلامة Eysenck (١٩٦٠، ١٩٦٤).

وكانت هناك أيضاً مقارنة إحصائية خاضعة للضبط التجريبي في وقت مبكر. ففي عملية مسح قام بها ولبي (١٩٨٥) تناولت نتائجه في العلاج السلوكي من خلال ممارسته الخاصة، اتضح أن ٨٩٪ من أصل ٢١٠ مريض عُصابي إما أنهم شفوا من علتهم، أو طرأ تحسن على أعراضهم بنسبة ٨٠٪، وذلك بمتوسط جلسات علاجية عددها ٣٠ جلسة. وفي متابعته العلاجية لـ ٤٥ من هؤلاء المرضى لمدة تراوحت بين السنتين والسبع سنوات تبين أنهم احتفظوا جميعهم بما حققوه من نجاح علاجي، عدا واحد منهم.

ولعل المدهش في نتائج العلاج السلوكي أن عدد الجلسات العلاجية كانت قليلة جداً، بالمقارنة مع الطرق العلاجية النفسية الكلاسيكية. وهناك دراسات العلامة حسين (١٩٦٤) وبورنيت (١٩٦٤). فقد أفاد حسين أن نتائج ما يقرب من نسبة ٩٥٪ من المرضى الذين عولجوا من قبله بالعلاج السلوكي، كانت إما انحساراً تاماً في الأعراض، أو قريباً من ذلك، وذلك في عدد من المرضى يبلغ (١٠٥) مريض، عولجت عادات اضطراباتهم بالإيحاءات الذاتية التي استندت إلى مبدأ التثبيط المعاكس السلوكي Reciprocal inhibition.

وعالج كل من بورنيت وزميله ريان ١٠٠ مريض بالتدريب الاسترخائي، أتبعاه بإزالة التحسس التخيلي والميداني على مستوى أفراد وجماعات، واستمر العلاج لمدة خمسة أسابيع. وخلال متابعة دامت سنة واحدة لعدد مقداره ٢٥ مريضاً (هذا ما استطاعه بورنيت وزميله)، كان هناك ١٥ مريضاً (٦٠٪) ظلوا في حالة شفاء أو في حالة تحسن. ولا ننسى

هنا قصر مدة العلاج التي لم تتجاوز خمسة أسابيع.

٢ ـ المعطيات الجديدة الحديثة

في السبعينيات أجرى سولوان وجماعته (١٩٧٥) دراسة مقارنة، خضعت للضبط التجريبي في محاولة منهم لمقارنة العلاج السلوكي مع الطرق العلاجية القائمة على العلاج النفسي التحليلي. كما أجرى سميث وغلاس (١٩٧٧) دراستين مسحيتين مقارنتين تمت فيهما مقارنة فوائد الأنظمة المختلفة لطرق العلاج النفسي.

ففي أبحاث سولوان وجماعته المقارنة تَمّ تقييم أفراد التجربة من قبل مُقيمين مستقلين، ثم أُرسل هذا التقييم، بتتابع عشوائي، إما إلى العلاج السلوكي وإما إلى المعالجين النفَسيين المحليين. وقد اتضح من هذه الدراسة عدم وجود فروق مهمة بين النظامين العلاجيين، ووصل سميث وغلاس إلى النتيجة نفسها أيضاً. وتعتبر هذه النتيجة مهمة طبعاً، لأن العلاج السلوكي تمكَّن من تحدي العلاج التحليلي الفرويدي، ووازاه قوة، وفاقه في قصر الوقت، وقلة الكلفة العلاجية.

إلا أن نتائج سميث وسولوان تعرضت للنقد من قبل المعالجين السلوكيين الذين وجدوا في ممارستهم الإكلينيكية أن كثيراً من المرضى الذين عولجوا بالعلاج النفسي التحليلي تحولوا إلى العلاج السلوكي، بسبب فشل العلاج الأول، وهذا الأمر استدعى سولوان وسميث وغلاس إلى إعادة النظر بدراساتهم المقارنة السابقة، بعد أن راجع كل من هارفي وأندرو (١٩٨١) تلك الدراسات، ووصلا إلى نتيجة، بعد سلسلة معقدة من العمليات الإحصائية، وفرز الدراسات الضابطة، ومعاينة مواقف المقيمين، مفادها تفوق العلاج السلوكي على العلاج النفسي التحليلي، وعُدَّ العلاج المختار، والأسهل، والأكثر فعالية.

ومع ذلك لم يرض المعالجون السلوكيون عن هذا التفوق، لأن نسبته التي أسفرت عنها دراسة هارفي وأندرو كانت أقل مما ينبغي أن تكون عليه، وذلك لأن الدراسة المقارنة لم تشتمل إلا على القليل جداً من المرضى الذين يشرف عليهم معالجون سلوكيون جيدون، يتمتعون بخبرة قوية في هذا الميدان. ولو كانت عينة العلاج السلوكي مأخوذة من حالات عولجت من قبل معالجين سلوكيين جيدي التدريب لجاءت نسبة التفوق أعلى بكثير.

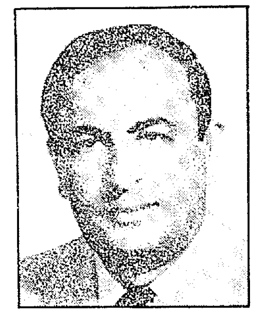
وأخيراً أجرت الجمعية الأميركية للطب النفسي عام ١٩٧٥ دراسة مسحية لمعرفة مكانة كل من العلاج السلوكي أو العلاج النفسي الديناميكي (غلاس ١٩٧٥) في الفعالية العلاجية، فاتضح أن العلاج السلوكي يتفوق على العلاج التحليلي. وتراوحت نسبة الشفاء أو التحسن في الأول ما بين ٤٥ ـ ٩٠٪ من الحالات في العصابات النفسية، ولم تتعد نسبة الانتكاس ٢٠٪. أما في العلاج التحليلي فكانت النسبة تترواح بين ٣٥ ـ ٥٥٪ ونسبة الانتكاس تصل إلى حدود ٦٠٪.

تلك هي نظريات إحصائية مقارنة أوردناها لنبين أهمية العلاج السلوكي ومكانته لا سيما وأن معظم المؤتمرات المختصة بالصحة النفسية تبرز في مواضيعها دور العلاج السلوكي في هذا الميدان.

الفهرس

الموضوع	الصفحة

نبذة عن السيرة العلمية للمؤلف



- يحمل شهادة بكالوريوس في العلوم العسكرية من الكلية العسكرية في مدينة حمص.
- نال شهادة الليسانس في التربية وعلم النفس من الجامعة السورية ـ كلية التربية عام ١٩٦٠، ودبلوم في الدراسات العليا ـ مدته سنتين ـ في علم النفس من الجامعة نفسها.
- ماجستير في علم النفس من جامعة هاورد في الولايات المتحدة الأميركية، ودكتوراه في علم النفس السويسرية من جامعة برندين في الولايات المتحدة الأميركية.
- مجاز من هيئة البورد الأميركية في علم النفس الطبي والطب النفسي السلوكي، من ولاية تنسي، وشهادة تخصص من كاليفورنيا في العلاج النفسي ـ الفيزيولوجي.
- شغل منصب رئيس قسم الانتقاء والتوجيه المهني في القيادة العامة للقوات المسلحة السورية في عهد الوحدة، ورئيس فرع الحرب النفسية والخدمات المعنوية في القيادة نفسها.

- دَرَّس وترأس برنامج الرعاية والصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى ماجستير في أكاديمية نايف للعلوم الأمنية في الرياض، التابعة لمجلس وزراء الداخلية العرب، على مستوى أستاذ باحث وزائر في هذه الأكاديمية، وأنجز عدة دراسات وأبحاث تتعلق بأمور علاج الإدمان على المخدرات وغيرها.
- درَّس في جامعة دمشق كلية التربية، وكلية طب الأسنان على مستوى أستاذ محاضر، وألف كتابين جامعيين لتدريس علم النفس الصيدلاني، وعلم النفس السريري لطب الأسنان.
- ألَّف ٢٣ كتاباً في ميادين العلوم النفسية العسكرية، والصحة النفسية، والعلاج النفسي الحديث، والطب النفسي، وعلاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وغيرها.
- أنتج ما يقرب من ٢٢٥ بحثاً ومقالاً في ميادين العلوم النفسية المختلفة نشرت في المجلات العربية المحلية والإقليمية والعالمية.
- أدرجت سيرته العلمية في كتاب who is who العالمي الذي تصدره سنوياً المؤسسة الأميركية للسيرة الذاتية للوجوه العلمية العالمية، وأيضاً أدرجت هذه السيرة في كتاب: «رجال الإنجاز في العالم» الصادر عن مؤسسة كامبردج للسير الذاتية العالمية.
- ساهم محاضراً في أكثر من ١٥ مؤتمراً إقليمياً ومحلياً وعالمياً وحصل على عشر شهادات تقدير وجوائز علمية.
- عضو في خمس جمعيات عالمية للصحة النفسية والعلاج النفسي.

صدر عن « دار النفائس »

المكتبة النفسية

* المرشد الصحي النفسي لتعليم التكيف السلوكي للأولاد ..د. محمد الحجار
* العلاج السلوكي للتوتر والغضب ....د. محمد الحجار
* عالج مشكلاتك النفسية بنفسك ....د. محمد الحجار
* الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي ـ السلوكي ....د. محمد الحجار
* التخلُّف الدراسي وصعوبات التعلم ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* التبول اللاإرادي لدى الأطفال ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* مشكلات المراهقة والشباب ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* دليل المعلم لتشخيص التعلم ....د. فيصل محمد خير الزرّاد
* الأمراض النفسية ـ الجسدية (أمراض العصر) ..د. فيصل محمد خير الزرّاد





هذا الوجيز مستقى من مؤلفات العلامة الطبيب النفسي المعروف «جوزيف ولبي» الذي يُعدُّ واحداً من أبرز المبتدعين في العلاج النفسي السلوكي في العالم، والذي ابتكر ما يسمى بأسلوب «الإزالة المنهجية للحساسية» في علاج الرهاب، والقلق، والمخاوف المرضية، على اختلاف أنواعها.

وقد عمدتُ الى استخلاص أهم الأسس النظرية، والتطبيقية، والافتراضات، التي ضمَّنها في مؤلفاته وتجاربه في ميدان العلاج السلوكي، وكتبتها في هذا الوجيز.

إن هذا الوجيز هو للباحث، والمعالج النفسي السلوكي - المعرفي، وللطالب في علم النفس، وللطبيب النفسي، ولجميع العاملين في ميدان الصحة النفسية المهنية، وللأستاذ المدرِّس في كليات الطب، والتربية، والعلوم النفسية، وللقارىء المثقف المهـ[illegible] يلتمس العلا[illegible]